

## 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<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                                                          | 介護理念を掲示し、朝礼で毎朝全員で「あおぞら介護理念」を唱和おこなっている。理念の共有に努めている。                                         |      |                   |
| 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                                                          | 感染対策を実施。状況に応じて体調確認後に家族や友人、親類との面会や施設見学を受け入れ地域との交流を図っている。                                    |      |                   |
| 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                                                        | 研修会や介護講習への指導者や参加者として地域へ関り、地域の人々に支援の方法を伝えて共有している。また利用者家族の介護相談にも対応している。                      |      |                   |
| 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践、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ヶ月に一度に運営推進会議を実施。その期間の活動内容や利用状況を報告。外部も含めた参加者で情報共有を行う。また外部参加者にも意見を求め、サービス向上に努めている。          |      |                   |
| 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                                               | ケアマネジャーである管理者を主に、市町村担当者や包括支援センターと情報提供や現場の状況報告を行う事で互いの協力が出来る関係作りが出来ている。                     |      |                   |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 施設内に職員や来所者が閲覧できる位置に身体拘束排除宣言を掲示中。身体拘束排除マニュアルの設置あり。また定期的な委員会や研修にて、どんなことが身体拘束に当たるかを学び、実績している。 |      |                   |
| 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                                     | 新人研修や、職員間での研修や委員会にて高齢者虐待について学ぶ機会を設けている。また利用者様の身体の観察や生活状況の把握に努めている。                         |      |                   |

| 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1名制度を利用中。社協と連携し、必要時や希望時の支払いや日用品・嗜好品等の買い物代行や緊急時の連絡を行う。                                               |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 施設見学や利用相談を随時受け入れる。利用者本人や家族が、小規模多機能についての理解や利用内容を納得されるまで十分な事前説明を行う事で不安感や疑問のの解消に努めている。                   |      |                   |
| 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                     | 玄関内に意見箱を設置あり自由に記入できる。また運営推進会議での外部参加者の意見を参考にすることや、利用者と家族間でも訪問時や連絡ノートをやり取りすることで、意見を伝える事が出来る機会がある。       |      |                   |
| 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                                      | 玄関内に設置の意見箱は職員も意見提出が可能。また職員は管理者との意見交換が出来る環境にあり、相談や提案が出来ている。                                            |      |                   |
| 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      | 職員の所持する資格や役職、勤務状況が反映されている。新たな資格(介護福祉士等)取得への意欲向上がみられる。職員の希望や体調に配慮した上での勤務体制が作られている。                     |      |                   |
| 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         | 施設内研修の他、外部研修のお知らせや参加者を募る。また参加出来る様、希望に応じた勤務内容や必要時は施設内でリモート研修を受けることが出来る。また新人職員用や救命講習等、内容に応じて個別の参加促しを行う。 |      |                   |
| 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 | 長崎県介護福祉士会等、外部の研修や交流会のお知らせを職員に周知し参加を促す。外部同業者との関りで、意識の向上や仲間作りに努めサービスの質向上につなげている。                        |      |                   |

| 自己<br>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<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 | 利用前に本氏や家族からの聞き取りや管理者が自宅を訪問し情報収集行う。生活歴やニーズを理解し職員間で事前に情報を共有する。利用開始直後から安心してサービス利用できるよう、信頼関係の構築に努める。 |                   |  |
| 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            | 本人や家族と利用開始前から施設見学や自宅訪問で相談し疑問や要望を確認する。利用開始後は本人や家族、職員間で情報を共有する。自宅訪問や連絡ノートで新たな情報の共有や関係づくり行っている。     |                   |  |
| 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        | 利用開始前から相談の上、必要な支援を検討、福祉用具や配食サービス、有料老人ホーム等の他サービスの利用を提案。とも連携可能で、小規模多機能の利点を活用し職員間でも情報共有行う。          |                   |  |
| 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                        | 出来る事や希望に合わせ、洗濯物たたみや箱折り、自宅での家事等をできる範囲で行えるよう支援している。また職員の他、利用者同士の交流を仲介し関係作り行っている。                   |                   |  |
| 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         | 帰宅や訪問時に利用者様の利用時の様子を報告。予定確認や自宅での様子を確認。必要時は介護相談行う。家族対応での受診時にも情報を提供し連携。、家族とも関係作りに努めている。             |                   |  |
| 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                     | 可能な範囲で家族や親族、友人との面会ができる様、状況に応じて対応する。また希望時は馴染みの店やかかりつけ病院の利用時に送迎や付き添い等の対応行う。馴染みの関係継続の支援行っている。       |                   |  |
| 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                 | ひとりで過ごす時間も尊重しつつ、体操や歌等の集団活動への参加を促したり、職員が仲介し利用者同士の交流を図っている。                                        |                   |  |

| 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                    | 介護相談にて利用者本人や家族の状況に応じたサービスの紹介を行う。利用者の入院時も病院との連携や家族の相談等を継続しフォローを行う。以前利用の方より新規利用者の紹介もみられる。  |      |                   |
| <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                                           | コミュニケーションでの情報収集で利用者様の希望や意向の把握に努める。困難な場合は利用者様の視点に立ってライフサポートプランを作成・実践・評価を行い、支援に活用している。     |      |                   |
| 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                                       | 職員は基本情報を把握し、本人や家族とのコミュニケーションからも情報収集。得た情報は職員間で共有。嗜好の他、食事や睡眠などの生活様式、生活歴に合わせたサービスの提供を行っている。 |      |                   |
| 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                                                     | サービス利用時の状態観察や本人や家族から生活状況や心身状態に関しての情報を収集し状況の把握に努めている。またできる事やしたい事をライフサポートプランへ活かす。          |      |                   |
| 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 | ケアプラン、ライフサポートプランを個別に作成し実践と定期的な評価を行う。職員間や本人・家族で支援内容を確認・共有し、必要時または定期的に更新し支援を行っている。         |      |                   |
| 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                        | 利用時の状況は日誌や個人記録にて記録し、職員間の情報共有を行う。本人・家族とは連絡ノート活用。状態変化があればライフサポートプラン更新時に反映している。             |      |                   |
| 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               | 利用者様本人や家族の体調、予定の他、天候に応じてなど臨機応変に宿泊・訪問・通いサービスを組み合わせている。また夜間は緊急時に備え夜勤の他に待機者が設定されている。        |      |                   |

| 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 |
| 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                                                 | 利用者の家族や交友関係を尊重。近所付き合いや馴染みの店等、以前からの関係を継続するため、面会や外出支援を行っている。                                                            |      |                   |
| 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                                             | 既往歴・受診歴を確認し家族とも協力。体調変化時の相談や定期受診の付添い・送迎や往診対応を行っている。入院時も情報提供を行い病院と連携する。初診時にも希望に応じて候補の提案や紹介行う。                           |      |                   |
| 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                                     | 看護職員と介護職員が連携し利用者の心身状態の観察行う。発熱や皮膚状態、精神状態の変化等、体調変化があれば直ぐに報告し処置や受診対応を行っている。                                              |      |                   |
| 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。            | 定期受診対応時に利用者の状況を報告。緊急時の対応を確認。入院時は病院・家族とも連携し、情報提供や相談対応。また退院後も利用者の状態に応じてスムーズにサービス提供が出来る様に情報共有や関係作りを行っている。                |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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             | 重度化や体調急変時の対応を受診時に主治医へ相談。本人や家族の意向を確認し、情報共有。重度化や急変時における当所が提供できるサービス内容を検討し支援に取り組んでいる。                                    |      |                   |
| 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                                                         | 緊急対応マニュアルがあり、いつでも閲覧出来て対応出来るようにしてある。また年2回の消防・防災訓練が行われている。BCPにも対応した初期消火訓練や避難誘導行う。応急処置等の外部研修あれば周知行っている。                  |      |                   |
| 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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。<br>また、火災等を未然に防ぐための対策をしている | 年2回、火災や地震を想定した消防・防災訓練の実施。消防と連携し初期消火や通報、避難誘導法を確認し指導を受ける。避難誘導の順序やルートを確認。消火訓練行っている。また実施後にレポートを作成し、参加出来なかった職員も確認することができる。 |      |                   |

| 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<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                   | 利用者に対し、お客様である事、人生の先輩である事に留意し対応に努める。入浴や排泄、食事において、利用者の希望や思いを尊重しプライバシーに配慮した介助や声掛けに努め支援している。              |      |                   |
| 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                     | 利用者本人の希望、やりたい事を理解することが出来る様、選択肢での提案や筆談、身振り手振りでのコミュニケーションを実践。利用者の意見を汲み取り、生活時間や嗜好、外出等、自己決定出来るよう支援している。   |      |                   |
| 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 | 「この日に来たい」「今日は休みたい」「今はひとりで過ごしたい」等、利用者の希望やペースを尊重し、外出支援や通い、訪問、宿泊利用など柔軟に対応行っている。                          |      |                   |
| 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                                  | 宿泊時、起床時の身だしなみを整える為、整髪や洗顔、ひげそりの準備・介助を行う。爪切りも対応。体調等に応じて好みの服を確認したり、気候に合った衣服の着用を促す。                       |      |                   |
| 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     | 旬の食材の使用や、1日と15日は赤飯提供するなど、行事食を提供している。また好みや体調に合わせて食事の量や形態の調整行う。可能な範囲でテーブル拭きや布巾たたみ等のお手伝いを促し、役割を担って頂いている。 |      |                   |
| 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          | 家庭料理を基本にした食事を提供。毎食の献立や摂取量を記録している。水分補給は食事提供時の他におやつやレクリエーション活動後に提供。希望時も随時提供し栄養低下や脱水の防止に努めている。           |      |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアを実施し、ケアセット準備と声掛けや介助行う。うがいや歯磨きが難しい場合は、ガーグルベースやスポンジブラシを使用し利用者全員が口腔の清潔保持が出来るよう対応している。            |      |                   |

| 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<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                              | 排泄状況の把握のため、定期的なトイレの声掛けや介助行う。排泄記録を日誌・バイタル表(排便)へ記入。失禁の軽減に努める。看護職員と連携し排便の促しや処置、必要時は主治医に報告し体調管理と自立支援を行っている。 |      |                   |
| 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                                              | 利用者本人や家族から排泄状況を確認。来所時には体操等の運動や十分な水分摂取を促す。排泄記録を確認し看護職と連携、受診時の報告相談を行い必要時は内服調整。便秘の予防に努めている。                |      |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 個浴にて対応。定期的な入浴の支援を行っている。また希望や健康状態に合わせてシャワー浴や清拭対応し清潔保持に努める。また一対一のコミュニケーションの場として、会話も楽しめる様に積極的な話題の提供行う。     |      |                   |
| 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                                               | 施設内では身体状態や習慣に合わせて、和室(敷布団)と洋室(ベッド)が利用できる。帰宅時も自宅寝室への誘導やエアコン調整、施設など行い自宅でも安心して休める様に対応している。                  |      |                   |
| 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                                          | 受診内容や検査結果、処方薬の情報を職員や家族で共有。分からない所は看護職員が指導・説明行う。薬の変更あれば様子観察行い、病院へ状況を報告。医療との連携に努めている。                      |      |                   |
| 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                             | 体調に注意しながら好物のお菓子提供。また生活歴を活かした洗濯物たたみ等のお手伝いで、気分転換図ったり会話を楽しめる様に支援行う。                                        |      |                   |
| 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 | ドライブ(初市や花見、紅葉見物)での外出や、買い物支援、一時帰宅を支援している。また家族との外出時は介助の助言行う等、外出を楽しむ時間を支援している。                             |      |                   |

| 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 |
| 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                                                  | 希望時は日用品や食品の買い物代行の支援を行う。付き添いでの買い物や通院等での外出時は、支払い一緒に金額を確認したり荷物運び等のお手伝いを行う。                                             |      |                   |
| 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                                                                           | 希望時は当所を郵便物の転送先として対応。施設の電話や、利用者様本人の携帯電話からの取次ぎや通話の仲介を行う。要望に合わせて電話や手紙のやり取りが出来る様お手伝いしている。                               |      |                   |
| 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 | トイレ・洗面台は毎日掃除行い、敷地内外の清掃も定期的に行う。季節や行事の飾り付けを行い、季節感を採り入れた空間作りを行う。照明や冷暖房、テレビの音量、換気に配慮。移動の妨げにならない様、整頓する。居心地の良い環境作りに努めている。 |      |                   |
| 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                                                      | テーブル席やソファ、和室で各々が心地よい距離感で過ごせる様に誘導や家具配置を行う。テレビ鑑賞や会話を楽しめる様、介助・誘導や会話の仲介を行う。利用者同士が思い思いに過ごせる環境作りを行っている。                   |      |                   |
| 54 | (20) | ○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                                          | 個室ベッドや棚の位置を、その方が安全で使いやすいように調整。現在ないが個室へのラジオ・テレビの持ち込みも可能。馴染みの小物等を持ち込むことで居心地の良い環境作りを支援している。                            |      |                   |
| 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                                             | 施設内はバリアフリーで、玄関外にも手すりやスロープの設置ある。利用者に分かり易く場所を案内する為、トイレ案内の貼り紙、浴室前に暖簾を設置。見守りや介助を行うことで杖や歩行器使用の方も安全に移動出来ている。              |      |                   |