

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 | 1070600307 | | |
| 法人名 | 有限会社 深英会 | | |
| 事業所名 | グループホーム サンフラワー 4ユニット | | |
| 所在地 | 群馬県沼田市新町452-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月22日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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 | |
|----------|--|

【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群馬社会福祉評価機構 | | |
| 所在地 | 群馬県前橋市新前橋町13-12 | | |
| 訪問調査日 | | | |

【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)】

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>安心、安全、衛生を前提とし、日々、就業している。会社理念を職員一人一人が分解し、理解すると共に、ケアサービスに活用し、尊厳の保持や自己実現等に目を向け、利用者本意の心で日々、ケアの向上につとめている。又、チームケアや地域、家族、他の専門職員等といった連携が大事である事や、信頼関係を築いていく事の大切も等しく重視し、地域後見等にも力を入れている。</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

| |
|---------|
| <p></p> |
|---------|

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、生き活きと働けている (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 |
| 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 | 毎日の朝礼にて、参加スタッフ全員で運営理念の復唱を行っている。各ユニット内においても月2回のカンファレンスの際、ケアに活用している | | |
| 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員として日常的に交流している | 地域行事に参加。事業所側のイベント等を定期的(バーベキュー、焼き芋会等)に開き、参加して頂いている。又、子供110番でもある | | |
| 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 | 2ヶ月に1回の会議を開き、認知症に対しての知識や社会への参加等の大切さをともに学んでいる | | |
| 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、地域の方、ご家族、市の方を交え、テーマを決め、会議を開き、情報の共有等を行っている | | |
| 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取り組んでいる | 市主催のイベント等(祭り等)の際、連携を細目に取り、協力を得、参加させて頂いている。 | | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 非常口の施錠は、事故の無い様安全に十分に配慮し、解放する時間を決めている。マニュアルを各ユニットに常備したり、定期的に勉強会のテーマにしたりと理解できるように努めている | | |
| 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 | マニュアルを各ユニットに常備とともに、定期的に勉強会のテーマにし、全スタッフが理解できるよう努めている。接遇をテーマの勉強会や研修を取り入れている | | |

| 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 |
| 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 | 勉強会や研修への参加。本人、家族が話し合えるような関係作りや、場を設けられる様努めている | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | インテーク時、純分に事業所、本人、家族との話し合いを行い把握に努めている。又、契約の際、十分に説明が行われるよう、書類等を用意し、同意を得ている。不安、クレームに対しても、その都度対応している。 | | |
| 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 | 意見箱、改善箱を設置し活用している。書面には必ず代表取締役が目を通して。又、面会の際、利用者様の状態やケア等の説明を行い、ご家族、本人と見直しを行っている | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |

| 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 | 常日頃、利用者様の要望に対し、「実現」に向け、スタッフと利用者様で共に考えて、ケアの見直しを行う事により、信頼関係が築けるよう努めている | | |
| 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 | 面会時、本人、家族、スタッフと見直しを行っている。又、利用者様のケアや、状態に変化がみられた場合は早急にご家族に連絡、相談を行っている | | |
| 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 | インテーク時の情報や、日頃のアセスメント、家族との情報共有により、利用者様のストレスや変化を早期に気付けるように努めている | | |
| 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 | 日頃のコミュニケーションや、アセスメント等から、ADLを見極め支援を行っている。個々に合わせて、日課や役割を担っていただいている | | |
| 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 | 事業所のイベントへ参加して頂いたり、ケアの相談や、会議への参加等、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 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 | 友人や知人の面会、電話や手紙等、本人の訴えに合わせ支援している。又、面会の際、外出支援等も取り入れており、同時に差し支えの無い様配慮し、連絡先等も控えている | | |
| 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 | 個々の過ごし方や、他者との関わり方等から、自席の決定やレク等の時の参加方法等配慮している。又、談話等にスタッフが介入する等の支援も行っている | | |

| 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 |
| 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 | 退居の際、連絡先を控えさせて頂いている。日頃から相談がしやすい関係作りに努めており、退居後も場を設けたりと環境作りに努めている | | |
| 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 | 毎日15分会話を活用したり、日頃から訴えや意見に耳を傾けている。「どうすれば実現できるのか?」という視点で考え可能な限り応じられるよう日々考察している | | |
| 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 | インテーク時の情報やアセスメントシート、基本情報等の書類を作成し活用。日々、利用者の状態を記録に残し、ケアの見直しに活用している | | |
| 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 | 経過記録やケース記録を毎日残している。又、毎日の15分会話等を取り入れ、経過記録の観察情報等に変化や気づきを記入している | | |
| 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 | ケアプランの作成。担当医や家族への相談や、毎月のユニット会議等と活用しチームで統一したケアが展開出来る様努めている | | |
| 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 | 経過記録や、ケース記録の活用。特変や訴え相談等があった場合はその場で話し合い早急に対応出来る様に努めている | | |
| 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 | ユニット共有や、合同イベントを行い、ニーズに合わせた取り組み等を行っている | | |

| 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 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 | 野菜作りや収穫を職員と一緒にやっている。又、地域の作業等にも参加している | | |
| 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 | インテーク時の情報を活用し、かかりつけ病院を受診している。又、体調変化や希望があった場合は、病院、本人と話し合い専門医への受診や往診を活用している | | |
| 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 | 往診対応者は、定期的な連絡を担当病院と取っている。受診対応者の方々は、変化が見られ時等に細目に連絡を取り、適切な受診が出来るよう努めている | | |
| 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。 | 定期的に、病院側と連絡を取ったり来院、面会したりと、情報交換の場面を増やしている。その際、相談や病院側の意見を聞かせて頂いたりと協力的な関係作りに努めている | | |
| 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 | 想定される段階で、ご家族に相談し、担当医を交え、本人と話し合いを出来る場を設けている。又、往診対応を活用出来る等の体制作りに努めている。 | | |
| 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 | 定期的に行われている訓練の参加や、研修、勉強会の活用をし、知識の強化や応用力を身に付けられるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 訓練や経路、連絡網の作成を行い、日勤、夜勤ともにマニュアルを強化し、日々見直している。防火管理等の研修も取り入れている。 | | |

| 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 |
| 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 | 強要や行動を制限するような言葉や、言葉使い常に気をつけ、スタッフ同士で注意や声掛けを行っている。又、研修や勉強会を活用し強化を行っている。 | | |
| 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 | オープンクエストや、クローズドクエスト等を活用し、出来る限り本人が自己決定出来る様な支援につとめている。日々、利用者のサイン等や気を配るようつとめている。 | | |
| 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し、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 | 買い物や、散歩、ドライブやイベント等もふくみ、本人の訴えに添い、対応出来るようつとめている。、又、美容院等も本人の好みに合わせ支援している。 | | |
| 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 | 日々の着替え等にも、本人の自己決定を活用している。又、外出等の際には、その時のイベントや季節に合わせた支援が出来るようつとめている。 | | |
| 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 | 野菜作りや収穫、ADLに応じて、皮むきやおろし、味見等をしていただいている。又、ADLに合わせ、台拭きや茶の用意等、役割を持っていただいている。 | | |
| 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 | 食事形態や、本人の摂り方にあわせた主食と副食の割合調整。食事の時間や水分補給の時間等を個々行っている。 | | |
| 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 | 個のADLに合わせ、一度、自身でケアしていただき、その後、スタッフが洗っている。 | | |

| 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 | 経過記録に排泄の有無の確認を記入している。そのデータを元にパターンを共有し、支援につなげている。又、オムツ使用の方でも訴えやサイン等でトイレにて排泄できるよう支援している。 | | |
| 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 | ケアチェックとして、毎日記録している。ミルクやヨーグルト、ヤクルトの使用はもちろん利用者様に合わせた訓練や運動、体操等も取り入れ、自然排泄を目標としている。 | | |
| 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 | スタッフや業務に関係なく、利用者様の訴えや、希望に添い、支援している。又、全身浴、シャワー浴、足浴、清拭等、ADLや希望、体調等に合わせ支援している。 | | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 居室に消灯時間を作らず利用者様のペースに合わせている。日中は体調状態や訴え等に合わせ時間にとらわれず支援している。又、昼夜逆転防止の方に対しては、定期的な訪室や声掛け等を行っている。 | | |
| 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 | 既往歴や薬の情報等、常時確認出来るようにしている。受診記録や、経過記録等に記録しておき、活用している。 | | |
| 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 | TVや新聞、タバコやお酒、マンガや将棋等、安全に十分に配慮し楽しめるよう支援している。 | | |
| 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支援している | 自宅や友人宅、公共施設やイベント等、家族の協力もいただきながら訴えや希望に添えるように支援を行っている。又、外泊も可能としている。 | | |

| 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 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 | 所持希望のある方には、安全に十分配慮し、所持していただいている。職員管理の方々にも、外出や訪問販売等を活用し声掛けや支援を行っている。 | | |
| 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 | 希望に合わせ電話や手紙等を活用している。又、毎月の「おたより」を一緒に作成し家族へ送っている。直接のやりとりが行え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 | 季節に合わせた温度調節、又は湿度のチェック。居間の季節に合わせた模様替え、又は飾り付け。又、月に1回の大掃除や、週に1回の強化清掃等を行っている。 | | |
| 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 | 居間にソファースペース設けており、自席以外のスペースを設ける事により、コミュニケーションに活用していただいたり、一人で過ごしたい時に使っていただいたりしている。 | | |
| 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 | 個室の為、本人、ご家族への希望を受け入れている。又、以前から使用しているタンスやベッド、趣味趣向に合わせ、TVやマンガ等も本人に合わせ取り入れている。 | | |
| 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 | 手摺りや案内板、職員配置等で本人が安心して自立した生活が送れるよう支援している。 | | |