

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット2)

| | | | |
|---------|--------------------|------------|----------|
| 事業所番号 | 0172802116 | | |
| 法人名 | 株式会社 健康会 | | |
| 事業所名 | グループホームあけぼのⅢ Bユニット | | |
| 所在地 | 旭川市忠和6条6丁目2番24号 | | |
| 自己評価作成日 | 令和4年9月30日 | 評価結果市町村受理日 | 令和5年1月6日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0172902116-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 企業組合グループ・ダイナミックス総合研究所 介保調査部 | | |
| 所在地 | 札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階 | | |
| 訪問調査日 | 令和4年11月14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)】

2022年度4月より各ユニット職員がそれぞれのユニット理念を考え、その理念を元に日々の業務を行っています。笑顔を決め、感謝の気持ちを忘れずに利用者様一人ひとりのペースに合わせ、不安なく生活を送れるように支援しております。他施設より住み替えにてお迎えした寝たきり状態の利用者様は、日々の体調をしっかりと確認し、少しずつではありますがホールで過ごせるようになり表情も豊かになりました。皆さんの体調管理にも十分配慮し、医療機関との連携で安全で安心できる事業所を目指しております。

【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)】

当事業所は、旭川市の西方向にある閑静な住宅地に位置している2階建て2ユニットのグループホームである。隣接して、保育園や商店があり、利用者の散歩や買い物に便利な立地である。法人は、医療法人を母体として、認知症高齢者グループホームを始め、医療系有料老人ホーム、訪問看護、訪問介護、通所介護等を旭川市を中心に札幌市及び道内、首都圏にも展開するなど、積極的な高齢者介護の支援を行っている。特長は、母体が医療法人であるため、医師や看護師を中心とした24時間の医療支援体制が構築されており、重度化や終末期にも積極的にチームで支援している。コロナウイルス感染症対策で、近隣との交流を制限していたが、隣接する保育園と交流が再開ははじめ、少しずつ地域との関わりを再開していく予定である。法人内の美観検査で常にトップにある整理整頓された見本となる事業所である。これからも認知症高齢者の事業所として期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

| 項目 | 取組の成果 | | 項目 | 取組の成果 | |
|-------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------|
| | ↓該当するものに○印 | ↓該当するものに○印 | | ↓該当するものに○印 | ↓該当するものに○印 |
| 56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (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 ほとんどつかんでいない | 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ます (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せている (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、安心して暮らしている (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 | | | |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏まえた事業所理念を作り、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 | 法人・事業所の理念に基づき、各ユニットにて更に具体的なユニット理念を作成。一人ひとりが意識できるようホールに提示し実践している。 | | |
| 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 | 町内会に加入。町内会の行事等はゴミ拾いや資源回収に参加し協力している。 | | |
| 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 | 事業所の近隣を散歩時に、ご挨拶したりお話しする機会も設け理解を深めている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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 | コロナ禍により集合開催は出来ていないが、事業所での取り組みを書面にて報告し、ご意見や感想等を頂き日々の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取り組んでいる | 地域包括支援センターの職員との関わりを持ち、地域活動等の情報を得たり、市の指導監査課担当者にもサービスについての意見等を頂いている。 | | |
| 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 | 身体拘束適正化委員会の勉強会を開催し、日々の業務内で身体拘束に当たる行為の知識を深め周知している。 | | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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 | 勉強会にて知識を深め、職員一人ひとりがお互いの業務にて疑われる行為の防止に努め指摘し合える関係性を持つように心掛けている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 成年後見制度についての勉強会に参加し知識を深める機会を設けている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 契約、解約、改定時には重要事項を十分に説明し、理解納得して頂いている。 | | |
| 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並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 | 運営推進会議や、月1回の手紙配布時にアンケート用紙を配布しご意見や要望を伺い、運営に反映している。施設玄関にも意見BOXを設け広く意見を求めると共にご家族との交流時にも意見の収集を行っている。 | | |
| 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 | 運営に関して、疑問等が生じた場合は都度管理者が説明。事業所会議等で説明、話し合いの場を設けている。 | | |
| 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 | 定期的な面談の機会をもうけ、個々の目標や達成度を評価すると共に、各自のスキルアップに繋がるように勉強会や研修等を受ける日程等を調整している。 | | |
| 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 | 法人内だけでなく外部の研修等にも積極的に参加できるよう案内し配慮している。 | | |
| 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組をしている | 法人他施設だけでなく、地域のグループホーム交流会等と一緒に参加する機会を設けている。 | | |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 利用開始時に本人やご家族の希望等のアセスメントをしっかりと行い、入居後の生活プランに反映している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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 | 契約時には入居前の生活状況や不安に思われる内容等を十分に聞き取り、理解するとともに、いつでも連絡ができる体制を作り人間関係を構築するよう務めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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 | センター方式を活用。出来る限りの情報を収集しケアプランに反映するようにしている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | ご本人の出来ることややりたいことを見極めながら必要な介護を行い、共に生活する気持ちを持つ。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 職員は家族の気持ちを理解しながら、本人と家族の絆を支えられるよう務める。 | | |
| 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 | 生活歴を把握し、関係性を維持できるよう対応する様にしている。 | | |
| 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 | 利用者同士が孤立せず、関わりを持ちながら生活できるよう、支援に努めている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組 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 | 退去後も継続して関係性を保てるよう、運営推進会議にご案内したり、季節の挨拶状を送るなど行っている。 | | |
| 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 | 本人の希望や意向をしっかりと理解し、支援できるよう職員間で常に検討している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 利用開始時に本人との会話やご家族のお話し、事前に関わりのあるケアマネや包括支援センターの担当者などから聞き取りし情報を収集している。 | | |
| 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 | 毎日の生活記録や申し送り等で、全職員が情報を共有し現状把握に努めている。 | | |
| 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 | 現状抱えている課題や希望を把握し、関係機関やご家族に相談しながらケアプランを作成し対応に努めている。 | | |
| 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 | 日々の様子は個別に記録、担当職員が中心にミーティング等で話し合いを行いながら情報を共有し、ケアプランに反映視させている。 | | |
| 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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | 本人の状況やご家族の様子、希望を都度把握し、出来る支援を柔軟に取り入れ活用している。 | | |
| 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 | 町内会に加入し、出来る資源を活用しながら安心して関り暮らせるようにしている。 | | |
| 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 | かかりつけ医との関係を継続するとともに医師との連携を取り、ご家族同行の受診の際は様子をお知らせ頂いている。 | | |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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 | 訪問看護師に日々の様子を伝え、対応等もアドバイスを受けている。必要があればその都度対応してもらえるよう体制を作っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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、また、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、又は、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。 | 入院時には必要な情報を提供し安心して治療できるようにしている。退院後の生活にも不安がないように情報交換や相談を行っている。 | | |
| 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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる | 入居時にターミナルケアの説明を行い理解を得ている。実際に医療機関からの連絡を受けた場合はターミナルケアとして医療機関と連携、事業所としてできる事の話し合いを行っている。 | | |
| 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 | 研修や勉強会にて緊急時や事故発生時の対応を学び、知識を習得している。 | | |
| 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 | 避難訓練を年2回行うとともに、災害マニュアルをいつでも閲覧できる個所に設置し職員への周知を行っている。町内会や近隣住民には運営推進会議等の際に協力をお願いしている。 | | |

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| | | | | | |
|----|----|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格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 | 人権尊重に対する接遇についての勉強会や研修を行い、日々の関わりについて学び対応できるように働きかけている。 | | |
| 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 | 言葉掛けの仕方や対応を工夫し、本人の希望や自己決定を表せるように心掛けている。 | | |
| 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、希望に沿って支援している | 自宅での生活状況を優先し、職員都合や日課にならないように一人ひとりのペースにあった生活が送れるように支援している。 | | |
| 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 | その日の気分で好きな洋服を選んでいたり、意思を尊重するとともに、季節感や気候を伝えその時にあった身だしなみが出来るように支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 一人ひとりの好みや嫌いな物への配慮、食事形態やメニュー変更など食べる事への楽しみに繋げている。準備や下膳などできる事はお手伝いをお願いしている。 | | |
| 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 | 摂取量を毎食後記録し、必要摂取量を確保できるよう対応。季節により必要な水分量を確保できるよう、栄養状態等も観察しながら支援を行っている。 | | |
| 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 | 毎食後は口腔ケアを促し、可能な限り自力で行っていただき、不十分な部分は職員が介助にて行っている。 | | |
| 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向けた支援を行っている | 一人ひとりの排泄リズムにあわせ、声掛けや誘導を行っている。出来る限りトイレでの排泄や自立に向け支援を行っている。 | | |
| 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 | 便秘にならないように食事内容や水分摂取を確保、毎日の体操実施。医療との連携を図り便秘の予防を行っている。 | | |
| 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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に沿った支援をしている | 一人ひとりが好きな時間帯に入浴できるように声掛けや希望を確認している。拒否がある方には清潔を保つ事の必要性を伝えるとともに、対応スタッフの入れ替わり等で声掛けの工夫もしている。 | | |
| 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 | 就寝時間は一人ひとりのペースに合わせて対応。夜間の睡眠状態を確認し、日常の活動状況を見直したり、リズム作りを支援している。 | | |
| 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 | 服薬情報を把握し、服薬マニュアルに沿って介助している。副作用の有無や、服薬後の症状にも注意し、変化が見られた時には医療機関や薬剤師とも連携を取っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 生活歴や以前からの趣味に繋がる楽しみを支援したり、日常行ってきた家事などできることを職員と共にいき達成感を得る事で生きがいをもち生活でき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沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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 | コロナ禍にて買い物等の外出が出来ていません。 | | |
| 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 | 欲しい物がある時は伝えて頂き職員が買い物に行き代行している。 | | |
| 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 | 住所を記載した封筒を提供したり、お家族の了承を得た上で電話をつないだりするなど支援している。 | | |
| 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 | 清潔を心掛け、季節を感じられる花を飾ったり、楽しめる写真を掲示するなどして心地よい空間作りに配慮している。 | | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 共有スペースでは個人が居心地よく過ごせるよう座席の配慮を行い、又テレビを見て過ごす方には静かに視聴出来るよう支援している。 | | |
| 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 | 自宅での馴染みのある家具や装飾品を飾り、落ち着いて心地よく過ごしていただけるようにしている。 | | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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 | 居室を迷う方には入り口に印をつけたり、トイレや浴室等は絵で表示するなど迷わず利用できるように工夫している。 | | |