

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2870801186		
法人名	アイビーメディカル株式会社		
事業所名	名谷すみれホーム		
所在地	神戸市垂水区名谷町字高曾2298-1		
自己評価作成日	平成28年5月30日	評価結果市町村受理日	平成28年8月22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://www.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14
訪問調査日	平成28年6月17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)】

病院と連携を組んでいる事を最大のメリットと考え、利用者の方に安心して毎日を過ごして頂ける様に各週の訪問診療、看護を通して疾病の早期発見に努め早めの受診、対応を心掛けている。職員の外部、内部研修にも力をいれており持ち帰った知識をホーム内で浸透出来る様に振り返り、研修の実施も行う様に職員周知している。

【第三者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)】

①**本人本位の日常**・入居者個々人が、思い思いの日々となるよう多様な仕掛けを設計している。①「食」を楽しむ:職員と一緒に作る食事・おやつ・外出時弁当や頻度の高い外食ドライブ(希望者毎に実施)と行事食(レクリエーション:脳トレ、音楽療法、フラワーアレンジメント、カラオケ、ちぎり絵、習字、季節行事(正月祝い、花見、春の遠足、夏祭り等)等々②**医療・衛生面の充実**・法人グループの医療機関との連携体制により日常の健康管理及び急変時への対応も安心であり、訪問看護、歯科も受けている。また、ホーム内の感染予防・清潔保持・美化のため清掃専門の人員を配置している。③**地域との係わり**・事業所行事(夏祭り等)への近隣の方々の参加、認知症相談窓口の設置、専門学校生・大学生の実習受入れ等、地域の中での事業所の存在を設計している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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			

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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 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	理念を玄関及び各フロアに掲げ、全員で理念を共有している。日常的なケアにも結びつく物があればその都度取り入れている	「認知症上の進行緩和」「安心感のある日常生活」「地域・家庭との結びつき」を理念のキーワードに、全職員がその達成・実現に向けて一丸となって積極的・意図的・計画的に取り組んでいる。	
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	利用者さんの散歩などの際に近くの方などと顔を合わせる機会も多く挨拶や世間話をしたりと利用者の方も含めコミュニケーションを密に図っている	近隣商店での買い物、散歩時の住民との会話、事業所行事(夏祭り等)への住民の参加、児童・生徒との交流、様々なボランティアの協力等、地域に根差した日常が常態となっている。	今後も、地域の方々の協力の下、地域における社会資源の一つとしての積極的な活動の継続に大いに期待をします。
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	認知症相談窓口の設置		
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	奇数月の第2木曜に開催しそこでの意見や要望をサービスの向上に活かしている	会議には入居者も出席し、参加者へ事業所の実態を発信する一役を担っている。看取り介護、虐待防止、地域交流、安全面・衛生面等、多岐に亘り相談・検討し、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に取り組んでいる	あんしんすこやかセンターとは地域連絡会や運営推進会議の場で連携を図っており情報の共有もお願いしている	市・区の担当者とは情報提供・相談等積極的に連携している。また、地域包括支援センター主催の地域連絡会や区のGH連絡会(年4回)にも出席(市の担当者も参加あり)し、情報の共有・課題の検討等を行い、事業所が閉鎖的にならないように努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	年に1回身体拘束についての研修を行い理解を深めている。夜間は施錠を行っているが日中は施錠しないように努めている(可能なフロア、時間帯有り)	職員は定期の研修に加え、日常での入居者の行動を抑制してしまう恐れのある「言葉かけ」について事例検討しながら、入居者の思いのままの日常が実践されるよう日々努めている。	
7	(6)	○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	年に1回虐待防止の研修を行い防止に努めている	定期の研修及び事例検討を通じ、虐待に繋がる恐れのある「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。また、職員のメンタルヘルスについても孤立化・バーンアウトしないようコミュニケーションを大切に運営している。	

自己	者三	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	(7)	○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	外部の研修等にも参加している(主にすみれ会外部研修)	現在、4名の方が権利擁護に関する制度を活用している。職員は、研修を通じ認知症高齢者にとって制度活用が有用な一方策であることを理解しており、他の方へも状況に応じてサポートできるよう取り組んでいる。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の時に読み合わせを行い、2部作成し、1部はお持ち帰り頂き、後日の質問も受け付けている	契約前に事業所見学、質疑応答(パンフレットも活用)し、疑問点・不安感が無い状態にして契約を締結している。契約時には丁寧に関係書類を説明し、理解を頂いている(重度化・終末期への対応方針も)。	
10	(9)	○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	ご意見箱の設置、アンケート等での意見や、ケアプラン作成時にご家族から要望も聞いている	行事参加時、来訪時、電話、アンケート、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに検討し、必ずフィードバックしている。	
11	(10)	○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	年度初めに職員全員にアンケート配布し意見を引き出しやすい環境を作り個人面談を実施している	月例でのフロア会議において、業務面の見直し等、職員全員で検討・決定して取り組んでいる。管理者による定期的な個別面談(レビュー)により意見・提案の吸い上げもなされている。	
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	パートから正社員登用基準を明確にし、目標を持って働けるようにしている		
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	外部の研修にも積極的に参加し、それをホームに還元出来るよう周知し各フロア単位での報告会を開き報告書や口頭で全体に周知している		
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り組みをしている	年に4回垂水区グループホーム連絡会で管理者、リーダーが集まり情報交換、意見交換を行っている		

自己 者 第三	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 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	個々の要望を聞いたりモニタリングを行い対応している		
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	日々の様子をモニタリングやケアチェック表等でお知らせしたり、電話や面会時に関わりを持っている		
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	モニタリングを元に本人と家族の希望、要望をお聞きし、担当者会議を開き支援を行っている		
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	日常生活動作を一緒に行い、家族的な関係を築くようにしている		
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	通院や外食、外泊などを通じ本人の様子を伝えながら家族の協力を得ている		
20	(11) ○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	面会しやすい環境作りや面会時の声掛けなどを行っている	家族との外出(買い物、食事、墓参り等)・外泊(正月等)、友人・知人の訪問、馴染みのスーパーでの買い物や美容院の利用等、今までの生活感ができるだけ長く継続するよう支援している。	
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	個々の状況を把握し利用者の方同士が関わりあえるように職員が見守り、支援おこなっている		

自己	者	第三	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	必要に応じ本人、家族の相談や支援を継続して行っている		
<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	(12)		○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	本人の訴え、希望を聞いたり表情や仕草からも感じ取れるよう努力している	入居者個々人との係わり(一対一での会話、言動、仕草・表情等より)の中から、ご本人が望む日常となるように、その思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は、申送り、連絡ノート、カンファレンスで共有している。	
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	本人や家族からの情報をカルテに記載し、情報の共有を図っている		
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	日々の生活の中で観察しカルテや申し送りノート等で支援者の情報交換を行っている		
26	(13)		○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	モニタリングを元に本人と家族の希望、要望をお聞きし、介護計画に反映している(御家族意向の物、職員意向の物も作成しケア内容にいかしている)	入居者の思い・意向、家族の要望に医療従事者・職員の意見を踏まえ、ご本人の「今」にマッチした介護計画を作成している。毎月のケアカンファレンス・モニタリングで見直し等に繋げている。	
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	日々カルテに記録を行い必要に応じ、カンファレンスを行ったり定期的に会議を行い見直している		
28			○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	フラワーアレンジメント、音楽療法、鍼灸、理美容等を取り入れている		

自己	者	第三	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	近隣のスーパーを利用したり公園の散歩を行ったりしている		
30	(14)		○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	月に2回の訪問診療や訪問看護を取り入れている	協力病院の医師(内科)による往診(月2回)に急変時における対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。入居前からのかかりつけ医への通院受診は家族と協同しており、歯科や鍼灸の訪問も受けている。	
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	月に2回の訪問看護や24時間いつでも相談の出来る体制を取っている		
32	(15)		○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。	お互いに情報交換を行ったり相談を出来る関係を作っている	入院中は、入居者の不安感を軽減するため頻度を上げ面会している。病院とは早期退院を目標に連携し、家族とも情報は共有している。退院時には、予後に不具合が生じないよう関係者と連携し支援に活かしている。	
33	(16)		○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	家族と主治医を交え終末期のあり方に向けて早期に話し合い、取り組んでいる	重度化・終末期の状況が生じた場合には、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族、医療従事者、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。看取り介護の体制は整備している。	職員の看取り支援の技術向上に活かさせて頂けるよう、支援内容をホーム内の職員間で共有・検証・検討する仕組みの継続に期待をしています。
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	緊急時の対応、連絡網の見直しを定期的に行う		
35	(17)		○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	夜間も想定した避難訓練を行っているが地域との協力体制は充分でない(避難場所など確定できていない)	定期における通報・消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を年2回(5月・11月)実施している(消防署の立会いあり)。有事に備え「利用者情報ノート」を作成し、避難・誘導に活かしている。	

自己	者	第三	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	(18)	○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	プライバシーに配慮したケアを心掛けている	入居者個々の現況及び自尊心・羞恥心に充分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)が日々の暮らしの中で、実行できるような環境設計をして支援している。		
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	選択できる場面を作ったり本人の意志を持って聞き出せる様に支援する			
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、希望にそって支援している	入浴日は決まっているが日々の暮らしの中で自由に選択出来るよう心掛けている(ペースは週3回)			
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	毎月の訪問理美容や、衣服も個々に好みの物を選ばれている			
40	(19)	○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	本人の好みや希望に応え提供している。	下拵え(食材カットや野菜の皮むき等)、盛り付け、洗い物等、個々人の得意な部分を職員と会話をしながら一緒にやっている。頻度の高い外食レクリエーションや行事食、手作りおやつも好評である。		
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	食事量、水分量のチェックを常に行い体重の増減等健康管理に気をつけている			
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	個々に応じて充分でないところを支援している(個々に応じて歯間ブラシなどニーズに合わせた物を歯科医、衛生士の助言のもと提供している)			

自己	者三	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	(20)	○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	排泄チェック表を作り、個々のパターンを把握し声掛けや誘導を行っている	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(2人介助あり)でトイレでの排泄を基本に支援している。夜間帯は、ポータブルトイレ、パット交換の方もおられる。	
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	排便チェック表を作り個々のパターンを把握し便秘時には座薬等を使い対応行う		
45	(21)	○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、個々にそった支援をしている	他の曜日には各種行事があり入浴日が月、水、金と固定の曜日になってしまっている	週3回の入浴を基本に、ゆっくりゆったりとした入浴時間となるよう支援している(2人介助あり)。好みのシャンプー・リンスを使っている方もおられる。季節湯(菖蒲湯、薔薇湯、柚子湯等)も喜んでおられる。	
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	個々のリズムに合わせて居室やソファにて休憩したり出来るよう支援している		
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	個々の処方箋をカルテに挟みいつでも確認が出来るようにしている。月に2回の薬科指導でも相談したり助言を受けている		
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	生活の中で役割を持てるような支援を行ったり個々にあったレクリエーションを行っている		
49	(22)	○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に支援している	出来るだけ希望に応じられるように努力しているが人員や行事、天候等により希望に添えていない事がある	日々の散歩や近隣商店での買い物、玄関口の草花への水遣り等、日常から外気に触れる機会を意識している。希望に応じた少人数での外食レクリエーション(寿司、和食、洋食、スイーツ、喫茶等)、花見等の非日常も演出している。	入居者のADLの低下や個々人の想いも違い、個別対応にも工夫と労力が求められることと察しますが、今後も今迄同様に「利用者の思いに沿った個別支援」の継続に期待をしています。



自己	者	第三	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	個々の能力に応じて自己管理の出来る方にはして頂き、買い物時に財布を持って行って頂く方もいる		
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	要望があれば手紙を出したりホームから利用者の方が電話をかけている。		
52	(23)		○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	壁には日捲りカレンダーの他に季節感を感じられる物を飾ってある。刺激が強過ぎる音や光が無いよう心掛けている。	季節を感じれる生け花や飾りつけのある玄関口、笑顔一杯の行事写真や季節飾りが貼付されたりリビングの壁面、適度な採光と室温、調理の匂いが刺激となるオープンキッチン等、居心地よく過ごせる環境が整備されている。	
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	ソファやテーブルを配置し、一人の時間も過ごせるよう配慮している		
54	(24)		○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	以前より使っておられた家具やベッドを入居時に持って来て頂き居心地良く過ごせるよう支援している	使い慣れた個々人の馴染みの大切な物(家具、化粧道具、家族写真、ぬいぐるみ等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。洗面台が設置され衛生的であり、ADLの変化への設えにも配慮している。	
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」「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	トイレやご自身の居室位置を解りやすく表示したりバリアフリーで安全にも配慮している		