

# 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                                | 終生の家として、家族の暮らしを継続していけるよう、ホームの理念の意義を理解する為、話し合いは行なっているが、全職員が共有出来ていない。これからは、毎日唱和をし実施いたします。 | 「尊厳を守り、終生の家庭としてその灯りをともしつづけます」を理念として掲げ、入職時に説明している。又、職員の育成につながるよう人事考課の考えを取り入れ、目標設定・振り返りの面談等を通じ、日々の実践に取り組んでいる。 |   |  |
| 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                                | 地域の祭礼見学や、小木祭礼の御神輿を招き、第二長寿園と合同でイベントを企画、能登町住民との交流を図りました。                                  | 利用者との散歩時に気軽に地域住民と挨拶を交わしている。又、地域の催し物(祭礼行事、文化祭、防災訓練等)の見学・参加や神輿招待を通じ、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                              | 現在、入居中の利用者様で、外に散歩に行きま。ご近所様には説明をし、相手も理解して協力してくれました。                                      |   |   |  |
| 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           | 管理者交代後、2ヶ月に1度運営推進会議を実施しています。  | 利用者・家族代表、地域住民代表(区長、民生委員)、協力医療機関職員、町担当者等をメンバーとし、年6回開催している。ホームの活動・状況報告後、質疑応答・意見交換の時間を設け、第三者の助言を今後の運営に活かしている。  | 運営推進会議の内容を全家族に周知する取り組み(ホーム玄関に議事録を備え置き、全家族に議事録を送付等)が期待される。 |  |
| 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                     | 金沢・能登町の研修には意欲的に参加しています。研修先で、色々な方から意見交換や、助言を頂き、良い関係作りに努めています。                            | 運営推進会議での情報交換を通じ、町担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点があれば担当課に相談し、必要な助言を得ている。   |   |  |
| 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「介護保険法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 | 現在、4本柵拘束は3名様です。ケアカンファレンスとご家族様の同意を頂いています。目標は、拘束0です。                                      | 管理者が外部研修(身体拘束廃止・虐待防止)に参加し、報告書・レジュメを他職員に回覧・周知している。転倒リスクが高く、やむを得ず4柵を行う場合は、継続の必要性をケアカンファレンスの中で話し合っている。         |   |  |
| 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           | 研修は今年度、管理者のみとなっていますが、職員に資料をみて頂き、アドバイスを提供して、共に向上を目指して共通理解を深めています。                        |   |   |  |

| 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 |
| 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    | 管理者研修で受講し、伝達している。ホーム全体としての、勉強会はできていない。今後、職員全体の共通認識、知識を深めていきます。   |  |                   |
| 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                         | 利用者様からの、入居希望はほとんどない。家族からの申し込みにより入居となる。契約に関しては医療現場、又は自宅に出向き情報の収集に努め、家族の要望、疑問点等を伺い、サービス内容の説明をし契約を行なっている。 |  |                   |
| 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                     | 毎月、ケアケア日誌を配布し、意見や要望を聞いています。面会や電話対応時に、意見などを聞いています。全職員も、認識しています。   | 個別のケアケア日誌(1ヶ月の様子／写真添付)＋意見・要望用紙(返信用封筒添付)を毎月送付し、家族の声を吸い上げるようにしている。又、面会時・電話での情報交換時にも家族の具体的な意見・要望を引き出し、日々の支援に反映している。 |                   |
| 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                                      | 月1度、全施設の管理者会議を実施しています。ホームでは、ケアカンファレンス、業務カンファレンスを通して話し合いを実施しています。日々、管理者は職員との話し合いを個別に実施しています。            | 管理者も現場業務に従事しており、職員とは日常的に意見交換をしている。ケアカンファレンス・業務カンファレンス時に、職員の提案・要望を吸い上げ、全体で合意形成を図る機会を設けている。                        |                   |
| 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      | 管理者や職員に、目標設定シートに各自の目標を記入してもらい、評価期間終了時に各自に対して、評価を実施している。職員も明るく働きやすいように意見を聞き、ストレスを感じさせないように努めている。        |  |                   |
| 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         | 有資格者が現場に入り、随時、職員の指導及び教育をしています。奥能登という環境の為、研修参加が難しい状態である。今後、法人外での研修に取り組んでいきたい。                           |  |                   |
| 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 | 他施設と共同でイベントの企画をし、サービスの質の向上につなげている。   |  |                   |

| 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 | 利用者様や家族からの意見や思いを取り入れて、本人のニーズに合った生活をして頂けるよう取り組み支援している。   |  |                   |
| 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            | サービス契約時に、利用者及びご家族と面談し、本人の性格や家族様の要望を聞き入れる。またサービス導入後も、ご本人及びご家族様の面会時や、電話連絡等で要望等を聞き支援していく。            |  |                   |
| 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        | サービスを開始した理由とする課題とともに、入居の際の本人と家族の意向を受け入れ、ホームや職員に対して安心感を持って頂けるような対応に努めている。                          |  |                   |
| 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                        | 利用者様に合った1日の日課のお手伝いを職員と共にいき、自分で出来ることは見守り支援をしている。   |  |                   |
| 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         | イベント等は実施している。ご家族様の参加はありません。ご家族様も高齢になり極力負担をかけぬようにしています。実施したイベントに関しては、ケアケア日誌を通じてお伝えし信頼関係の構築に努めています。 |  |                   |
| 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                     | ご家族様から外出の依頼があれば、必ず職員を同行させています。馴染みの人や地域との繋がりを大切に、断ち切らないよう支援している。外泊も同様支援している。                       | 馴染みの人間関係が継続できるよう、ホームでの面会を歓迎したり、家族との外出・外泊を推奨している。法事への参加・墓参り等は家族の協力を得て、支援している。 |                   |
| 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                 | 意思疎通が出来る出来ないに関わらず、座る席を決めていない。職員も参加し、お互い声を掛け合いながら、交流を深めるように支援している。                                 |  |                   |

| 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   |
| 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                    | ホームでターミナルを迎え、他界された利用者様のお通夜や葬儀に職員は参加している。強制ではなく自分の意思で参加している。                            |   |   |
| <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   | 日々の関わりの中で、利用者様の意思を感じとったり、ご家族様、職員の情報を元に、ミニカンファレンスを開いて検討し、支援に努めています。                     | 日頃の会話・かかわりの中から、利用者個々の「思い」を把握するようにしている。利用者の「思い」(○○が好き、○○を食べたい等)を聞いた場合は、出来る限り実現するように努めている。意思疎通が難しい場合は表情・仕草から読み取ったり、カンファレンスの中で「思い」を検討している。 | 利用者の「思い」(○○したい、○○が好き・嫌い等)が込められた言葉をより積極的に拾い上げ、日々の記録に残されることを期待する。 |
| 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                                       | 入居時、利用者様の情報の収集やケアプラン作成時の対面調査、ご家族様面会時に情報を収集しています。暮らし方、生活環境を理解し受け止め不安の軽減に努めています。         |   |   |
| 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   | 勤務中の観察や会話、バイタル記録、ホーム日誌、個人記録、職員からの情報により把握しているが記録の内容に関し未だ十分とは言えない。                       |   |   |
| 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 | 本人、家族の意見を重視しながらケアプランを作成し、意見を求めている。毎月のケアカンファレンスの場で全職員が意見を出し、見直しを行なっている。                 | 利用者個々の「思い(○○したい)」「出来る事」「楽しみ」の視点を大切に介護計画を作成し、日々の支援に活かしている。計画内容に関する職員の「気づき」シートをモニタリングや見直しに活かしている。   |   |
| 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                        | 職員の意識が十分とは言えない為、記録内容に向上の必要を感じる。計画作成者は記録を参照しながら評価・プラン作成に役立て、ケアカンファレンスで発表し、確認と統一を図っている。  |   |   |
| 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               | 経営者のターミナルケアの方針を含め、多機能化されている。グループホーム、小規模多機能に看護師が勤務していて、かかりつけ医の指導のもとターミナルまで受け入れ体制を整えている。 |   |   |

| 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                                      | 地域の祭礼や行事の参加として日帰り旅行に永平寺に行ったり、健康ランドや国民宿舎の食事がてら温泉入浴されました。外に出る事により季節感や五感に刺激と感動を与えています。 |  |                   |
| 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                                  | ホームドクターを定め、定期往診、臨時往診を依頼している。又、本人やご家族様の意向により、他の医療機関への受診の対応に同行し支援しています。               | ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。ホーム提携医とは24時間の連携を構築している。専門医等への受診はホーム職員が送迎・付き添いを行い、医師に適切な情報を提供している。               |                   |
| 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                          | 医療連携看護師1名、ケアマネージャー(看護有資格者)1名が居まして状態変化時、連絡を密にし、異常の早期発見、苦痛緩和に努め救急処置の支援をしている。          |  |                   |
| 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。 | ホームドクターの指導のもと、他の科への受診、入院先とも連携を取って情報を得て、介護・看護に役立てている。入院時の洗濯物を実施している。                 |  |                   |
| 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、事業所の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  | 入居契約時に終末期に対するホームの方針を伝え依頼が有る時に受け入れてきている。ホームドクターの指示のもとで連携をとりながら看取りケアを行なっている。          | 「終生の家庭」という理念に沿い、ハード面(リフト浴、ホーム負担でエアーマットの設置等)や提携医によるバックアップを整え、重度化・終末期支援を実践している。利用者の身体状況の変化は都度、看護職員から家族に説明している。 |                   |
| 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  | 消防署員による訪問訓練を受講しているが、職員の出入りも多く全員に浸透していない。今では積極的に浸透している。応急処置、初期対応の訓練は実施している。          |  |                   |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応<br>けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている   | 緊急時の連絡網を含めた「緊急時マニュアル」は整備しており、時々臨時的訓練を実施している。緊急時は、ホームドクターと看護師の指示のもとで対応している。          | 緊急時マニュアル・AEDを整備している。看護師が講師となり、緊急時の具体的な対応(誤嚥・窒息時、AEDの使用方法等)を繰り返し周知している。又、提携医に相談し指示を仰げる体制を整えている。               |                   |

| 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         |
| 36                               | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている                        | 協力医療機関は、升谷医院と珠洲病院で、24時間(休みも含む)往診・受診・相談が可能であり、往診、受診を通して医療機関との連携は行っている。介護老人福祉施設協力施設との支援体制も確保出来ている。                  | ホーム提携医・地域の総合病院による医療支援体制を確保している。介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。又、法人全体のバックアップ体制も整えられている。  |                           |
| 37                               | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制<br>夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている                               | 夜勤者は1名だが、車で3分以内の所に職員の家が有り、いついかなる時も、連絡が取れて、指示を受けて、駆けつけてもらう事が出来る。医師も夜間の対応が可能である。                                    | 1ユニットの為、夜勤者1名の配置となっているが、緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制(複数名)が確保されている。   |                           |
| 38                               | (16) | ○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            | 年2回防災訓練を受けている。避難経路の確認や消防設備点検は、定期的に行っているが地域住民参加にまでは至っていない。   | 非常災害時対策マニュアル・防火設備一式(火災報知設備と通報装置の連動工事も済)を整え、日中の火災を想定した総合避難訓練(年2回)を実施している。訓練は設備業者立ち会いの下で行い、実際に火災通報装置を使用したり、初期消火体験を行っている。又、地域の防災訓練にも出来る限り参加している。必要な備蓄品はリスト化し、保管している。 | 人手が少ない夜間想定中心の訓練の実施が期待される。 |
| 39                               | (17) | ○災害対策<br>災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている   | 災害マニュアル、緊急時連絡網を提示し連絡体制は整備されている。必要な備蓄品をリスト化し確保している。法人全体の応援体制も整備されている。  |   |                           |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |   |                           |
| 40                               | (18) | ○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                    | 最近では、重度者も減り、元気な利用者様が増えましたので人生の先輩としての認識を持ち、職員全員が意識改革をするように指導、教育をしている。  | 「尊厳を守る」ことを理念にも明示している。利用者を「人生の先輩」として敬い、方言を使いつつも言葉遣いに失礼がないように配慮している。職員に不適切な言動がある場合は、上司が都度注意喚起している。又、トイレ誘導時は耳元でお誘いしたり、入浴時は同性介助の希望に応じる等、プライバシーにも注意を払っている。             |                           |
| 41                               |      | ○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                      | 外泊希望などご家族の了承を得る必要も有るが、電話で取り次ぎカラオケ、外食など本人の自己決定も含めて話し合い、出来る限りニーズに合わせられるように支援している。                                   |   |                           |
| 42                               |      | ○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 | 出来る限り思いを汲み取るようにしているが、昼夜逆転者には、その人のペースで起床や食事を行っているが、稀に入浴時間は職員の勤務体制に合わせている事が多く、業務内容の見直しを図りながら、個人のペースを尊重出来るようにしていきたい。 |   |                           |

| 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 |      | ○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                                 | 出来る方には自分でコーディネートして頂いてます。出来ない方には本人様が好むものを取り入れて支援しています。髪は定期的に理髪店を入れてカットしています。                              |   |                   |
| 44 | (19) | ○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    | 日々の食事は、ホームで調理しています。利用者様の要望を聞きメニューに反映しています。下ごしらえの準備又、食事後の片付け等できる利用者様には必ず参加して頂いています。                       | スーパーで食材を購入し、季節感を考慮した手料理を提供している。献立には利用者の要望も反映している。プリンターで作った夏野菜も食材として活用している。利用者個々の出来る事・得意な事で食事の準備・後片付け(下膳、茶碗拭き等)に参加してもらっている。食事が楽しみとなるよう、お刺身を提供(週1回)したり、外食の機会も設けている。 |                   |
| 45 |      | ○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         | ホームドクターの指示のもと、利用者様の疾病等を配慮し支援しています。1日の水分摂取量は1200ccを目標に支援しています。  |   |                   |
| 46 |      | ○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                  | 食後口腔ケアを実施。利用者様が出来ない場合は、口腔ウエットタオルを使用して支援しています。  |   |                   |
| 47 | (20) | ○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  | 現在留置カテーテルの方が2名。極力トイレに通える方には見守り支援。一部介助が必要な方には、声掛けをしトイレに誘導しています。管理はホームドクター指示のもと、看護師の判断にて定期的の下剤、排便を施行しています。 | 可能な限り「トイレでの排泄」を支援している。誘導が必要な方には定時+適宜お誘いの声をかけている。排泄備品は利用者個々の状況を考慮し、有効活用(昼夜で使い分け等)している。   |                   |
| 48 |      | ○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                  | ホームドクター指示のもと、水分不足の無い様に努め、2日以内に排便するよう支援しています。   |   |                   |
| 49 | (21) | ○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 | 課題として、大きな問題があります。全介助状態の利用者様が4名入居しています。現場の都合により入浴を実施している現状です。1番の課題とし来年度は、取り組んでいきたいと思えます。                  | 月・木曜日にお風呂を沸かし、基本、週2回の入浴を支援している。足し湯を行い、清潔な湯で入浴できるように配慮している。お風呂好きの方には外部温泉施設やスーパー銭湯での入浴を楽しむ機会を設けている。   |                   |

| 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 |      | ○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  | 臥床時間は利用者様に合わせています。冬場は湯たんぼ等を使用してゆっくりと休んで頂けるように支援しています。車椅子使用の方に関しては、長時間の使用はしていません。 |  |                               |
| 51 |      | ○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   | 医療ノートや薬情を確認し職員は学習しています。全員の把握を出来るよう日々勉強しています。利用者様の症状に応じたケアプランにも反映しています。           |  |                               |
| 52 |      | ○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  | 日頃はカラオケ、生活リハビリ、縫い物、各利用者様に応じた好きなことをして頂いています。地域のイベント、健康ランド等に行きました。                 |  |                               |
| 53 | (22) | ○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                      | 利用者様の体調を配慮しながら、ご家族に了解を得て地域のイベントに参加して頂いています。                                      | 散歩、ベンチでの日光浴、海へのドライブ等、日常的な外出を支援している。時には普段行けない場所への外出(大衆演劇・歌謡ショーの鑑賞、大相撲巡業観戦、花見、健康ランドでの入浴等)も支援している。                                | より気軽に積極的な外出支援に取り組みられることを期待する。 |
| 54 |      | ○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  | 現在いません。基本的にはご本人、ご家族の同意を得て立て替え購入しています。  |  |                               |
| 55 |      | ○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   | 本人の希望を極力叶えています。叶えられない方の場合は、手紙等にて対応しています。(ご家族様の方には好まれない方もいますので)                   |  |                               |
| 56 | (23) | ○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 | 季節感を味わう為に、職員の作った鯉のぼりや七夕には短冊を書いて頂いています。又天気の良い日は立山連峰を観ています。                        | 民家を改修した建物は生活感のある空間となっている。一步外に出れば、自然の風景(立山連峰の景色等)が眺められ、季節感を十分に味わうことが出来る。リビングに大きな神棚を設け、日々のお参りに活用している。冬季は一般家庭と同様にストーブや加湿器を使用している。 |                               |

| 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 |
| 57 |      | ○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            | 出来る方にはご自分でコーディネートをして頂きたいのですが、現状はいません。本人様が居心地良く生活出来るよう支援しています。           |   |                   |
| 58 | (24) | ○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 | 気質や体調に合わせた配慮をしている。本人や家族の写真等を貼ったりしている。現状家族の面会も少なく、中々ご本人の飾れる物が無い現状である。    | 入居時に使い慣れた物(テレビ、ラジオ、家具類等)や趣味に関する物(本、辞書等)、安心出来る物(家族の写真等)を持ちこんでもらっている。重度化された方のために、ホームでエアーマットを用意している。 |                   |
| 59 |      | ○身体機能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      | 要所要所に手すりを設置し、部屋の表示を行ったり危険のある利用者様は、リビングから見守りやすい位置とし、すぐに駆けつけられる状態に対応している。 |   |                   |