

## 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	2490700123		
法人名	社会福祉法人 慈徳会		
事業所名	グループホーム さくらテラス		
所在地	三重県松阪市立田町786-1		
自己評価作成日	令和元年12月24日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2490700123-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2490700123-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	令和 2 年 1 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)】

地元朝見地域で「介護に困ったらさくらテラスへ」を掛け声に、地域に働きかけをしています。さくらテラスは複合ケアホームであるため、グループホームへ入居される前には小規模多機能型通所サービスのご利用から開始される方が多くみられます。  
 まずは、買い物支援や病院への送迎支援、短期宿泊など、次第に支援ニーズが増えていきます。住み慣れた自宅や地域で最期まで暮らせるように支援していく中で、入居を希望される方もみられます。  
 グループホームにはこうした経緯から入居して頂く方がほとんどで、リロケーションダメージなどのストレスがあまりなくスムーズに入居へ移行して頂けるのが特色です。  
 また、地域の防災訓練や芸能発表会、文化祭など地域の行事にも参加させて頂いています。

## 【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)】

松阪から伊勢方面へ向かった田園地帯に事業所が立地し、付近には壁画で名高く、市民からは「朝田の地蔵さん」と慕われている「朝田寺」がある。同一建物内に、小規模多機能型居宅介護事業所を併設し、利用者の始が通所・訪問・短期入所サービスを利用した後に入居に至っている。複合ケアホームのメリットを活かして、利用者が入居前からホームの環境や職員と馴染みの関係を築き、スムーズに入居支援を提供していることが第一の特徴である。又、運営推進会議のメンバーが朝見地区町づくり協議会とタイアップして、周辺自治会役員やJA、ボランティア等多数の地域住民が出席して、情報や意見交換がなされているのも特色である。近年、利用者が重度化し、外出支援等活動が低下傾向にあるが、ホームでの生活が継続出来るように職員一同が取り組んでいる。

## 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. 全くいない
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、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
<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	全職員で考えた理念のため覚えやすく、朝の朝礼時や会議等で確認しあい、共有し実践しています。	法人全体の理念があるが、開設時に職員で話し合い覚えやすい理念を決め、「信頼」「笑顔」「歓喜」を持って地域社会に貢献するとした。職員は朝礼時に唱和し、運営推進会議でも毎回提示し、理念を認識した利用者支援の実践を目指している。	
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	地域の防災訓練や夏祭り、朝田寺花火大会、文化祭や芸能大会などにも参加させて頂いています。	地元の小学校の文化祭や芸能大会に利用者が参加して歌を歌ったり、保育園を訪問して園児と共に歌や昔の遊びをして楽しんでいる。また、おもてなし委員会が中心となって夏祭りやケアカフェ(認知症カフェ)を開催し、地域住民に案内をし交流の機会を持っている。	
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	認知症サポーター講座などを開催し、地域の方に認知症の理解を深める活動をしています。		
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	運営推進会議は小規模多機能センターと共同で年6回開催しています。東部生活圏域6小学校区の代表の方から要望や提言を頂いています。	運営数値新会議は利用者も出席し、市介護保険課・包括支援センター職員・朝見地区町づくり協議会関係自治会長(8自治会)・民生委員・老人会・JA松阪・協力医師・歯科医師・ボランティア等、出席者多数である。パワーポイントで状況やヒヤリハット等報告をし意見交換会を行っている。	
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	市町との連携を密にとり、第4包括支援センターや居宅介護支援事業所との情報交換を頻繁に行っています。	利用者の介護認定更新申請は、管理者が市介護保険課の窓口に向いて手続き代行を実施している。市主催の地域密着型事業等部会は2ヶ月毎に開会されて、研修や情報伝達・交換会等に出席している。10/21に開催された福祉フェスティバルでは、市民に認知症の啓発活動を行った。	
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	「身体拘束は行わない」を原則としています。また、松阪市グループホーム部会において身体拘束における研修の開催や法人内でも同様の研修会を開催することで学べるようにしています。	毎月フロア会議を開会し、身体拘束についてヒヤリハットの事例も含めて話し合い、適正化に向けた取り組みを検討している。HOL委員会を中心にマニュアルは毎年更新し、職員は内外の研修会で学習をし、認識を深めて取り組んでいる。	
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	松阪市グループホーム部会において、三重県助成金を頂き、外部講師を招いたりすることで学ぶ機会を設けています。		

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 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	県補助金事業や法人全事業所と共に外部から講師を招き、制度の理解を学ぶ機会を設けています。法人の研修も毎年あり、職員は自発的に参加し、各個人のスキル向上を目指しています。		
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	契約の締結、解約または改訂等の際には、入居者や家族等の不安や疑問点に対して理解しやすく説明するよう心掛けており、項目ごとに確認し理解を得るようにしています。		
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	窓口となる担当者を明記し、家族と入居者に文書と口頭で伝えています。入居者からの意見がある場合は引継ぎ、会議で話し合います。また、第三者委員を置き、相談の窓口としています。意見箱も設置しています。	家族の要望や意見は主に面会時に聴くが、関わる家族がほぼ一定している。多くの家族に関心を寄せて頂くために、毎月の便りには出来るだけ多くの利用者の記事を載せるように配慮している。家族より排泄用品の料金に関する問い合わせがあり対応している。	
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	職員は会話や申し送り、引継ぎシートへの記入で、自由に提案できる機会を設けています。事業展開における新しい施設名なども法人職員全員で考えるなど運営に反映しています。	職員は会議や引継ぎノートへの記入の他に、日常的に気づきや意見があれば随時提案し、会議で話し合っ運営に反映させている。管理者との個別面談は年2回OJTを活用して実施し、管理者は職員の掲げた個別目標や意見が全体の業務に活かせるように配慮している。	
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	H25年4月に新俸給表、人事考課制度を定め、勤務実績などを考慮した人事制度をスタート。また、給与水準は従前を上回るように改定。賞与は年5か月。		
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	OJTで職員一人一人が自己評価し、ケアに対して不安なことや、専門的知識の習得の為、その職員に適応する研修に参加を促したり、資格取得のための勉強会を行っています。		
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	松阪市福祉サービス連絡協議会グループホーム部会として会議を開催し、研修会や認知症への理解のための講演会を開催しています。同業者との意見交換も大切にしています。		

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
<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	入居者とその家族と密に話す機会を大切にすることで個々の細かなアセスメントを情報整理することで入居しても普段の生活と変わらないように環境整備を行っています。		
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	ご家族が不安に思っていることや要望に耳を傾けることを基本とし、気軽に相談して頂けるような雰囲気や人間関係を構築するよう努めています。		
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	見学を通じて、アセスメントや習慣、好みを確認しケアに活かすようにしています。また、家族の要望を確認することで多様なサービスの提案をし、選べるように対応しています。		
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	人生の先輩として礼儀を重んじながらも、感情を表現できるアットホームな雰囲気を大切にしています。その人らしい生活、一日の流れを尊重し、介護の場ではなく生活の場であるよう努めています。		
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	ご家族様の訴えには真摯に耳を傾け、家族の苦労をわが身となって受容しあえるようにしています。ご本人に起こったことは家族と共有し、解決していくようにしています。		
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	昔から大切にしてくられた物や、子供や孫との思い出の写真を持ってきて頂いたり、家族や友人、親戚の方等、いつでも来て頂ける環境にし、関係が途切れない様にしています。	面会に訪れた家族が誰なのか解らなかった利用者がいて、家族と話し合い居室に写真を掲示することにした。利用者にとって過去の事より、現在のリアルタイムでの関わりを密にし、良好な関係継続を築く支援に職員一同が取り組んでいる。	
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	少人数ケアのため、ご利用者それぞれの性格を把握でき、居場所が確保されています。その場の空気を感じて、トラブルを未然に防ぐことができ、良い人間関係が作れる環境にしています。		

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
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	法人本部の行事に招待しています。ボランティアを募ったりして地域社会の繋がりを保ちながら、関係を継続しています。		
<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 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	ご本人の意思を尊重し、希望に沿えるよう努めています。本人の意志確認が困難な場合は、アセスメントやご本人の会話の中から思いや気持ちを把握するようにしています。	おもてなし委員会の職員が中心となって、利用者に思いややりたいこと等の希望を聴き、実現できるように取組んでいる。居室のベッドで大半を過ごす利用者には、快適に過ごせるように空調等の配慮もしている。	
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	アセスメントシートやご本人、ご家族の話を聴いて馴染の家具や写真を持ってきて頂いたり、ベッドの位置を使い慣れた位置に変更したりして、今までの住み慣れた環境に近づけるように配慮しています。		
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	居室担当の職員を定め、一日の過ごし方を「24時間シート」の作成で把握し、ご入居者ひとりひとりの適切な生活リズムに合わせてケアをしています。		
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	毎日の引継ぎで、状況の変化や気づきを確認し、担当職員が課題に掲げ、会議等で全職員が課題の解決のために主治医やご家族に意見を求め介護計画を作成しています。	短期目標に対するモニタリング・評価を毎日記録し、変化が認められたら、家族や主治医に伝え意見を聴き、ケースカンファレンスで話し合い、計画の見直しを実施している。計画の見直しは通常は3ヶ月毎に実施するが、その限りではなく随時実施している。	
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	個々の介護記録を引継ぎ日誌とリンクすることで必要な情報をピックアップし、個々の状態の変化に合わせた対応が行えるようにしています。		
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	個々の嗜好を確認し、それに合わせて手作りおやつを行ったり、ご家族様と外食や外出がいつでも行えるように配慮しています。		

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
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	地域の小学校の行事や慰問、地域の行事に参加することで、以前の関係が途切れないようにしています。		
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	施設主治医を基本とし、専門的な診断が必要な場合は主治医より紹介して頂き、個々の症状に合わせた専門機関を受診するようにしています。	利用者全員が協力医に掛かり、毎月1回訪問診療を受けている。協力医とは24時間電話相談が可能であり、急変時には医師に相談の上、往診又は救急車対応を行っている。歯科受診は協力医院へ管理者が同行し、通院支援を提供している。	
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	状態に変化があった時は、協力医療機関に連絡をとり、看護師や主治医より助言や指示をもらえる連携を取っています。また、薬局薬剤師との連携を行うことで、服薬の管理調整に指導を頂いています。		
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。	入院時には必ず付き添い、担当看護師から話を聞き、面会時や退院時にも情報交換をして連携をとっています。		
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	入所契約時にも「見取り指針」を説明し、ご本人やご家族の医師に沿うようにしています。病状が悪化した場合は、ご家族、主治医、職員等他職種が連携し、今後のケアの方針を話し合います。	入居時に「看取り指針」を説明し、重度化や終末期に対する本人・家族の意向を伺っている。職員全員が以前の職場(特養等)で看取りケアの経験があり、研修会で学習もしているが、近年事業所内で対応をした実績は無い。現在2名の家族に特養への入所申込を勧めている。終末期に向けた方針の明確化を管理者は検討中である。	利用者の平均年齢は約90歳、要介護3以上が約6割、車いす使用者が4名で重度化傾向であり、重度化や終末期に向けた方針を決め、職員が共有することは差した課題であるため、職員全体で話し合い、意思統一をして取り組むことを期待する。
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	救命救急研修やAED使用についての研修を開催することで技術や知識の向上に努めています。		
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	消防署と連携し、年1～2回の施設内研修や地域で開催される防災訓練に参加しています。	6/7と10/15に消防署指導の下、火災を想定した防災訓練を実施した。小規模ケアホームとは建物が同一で2名が夜勤対応をしているため訓練は合同で実施している。火災報知機で自動送信が可能のため、職員は初期消火と避難誘導を優先する。災害時地域の避難所は地元の小学校であるが、ベッドがないため、系列の特養さくら園まで利用者を車で移送すると決めている。	

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
<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	(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	入浴は個浴を実施し、プライバシーに配慮しています。	利用者の意向を尊重した日課で生活支援をしているが、食事やイベントの時以外は居室のベッドで過ごす利用者が半数である。入浴は個浴で、排泄は居室のトイレで、面会者は居室で面談し、プライバシーを尊重した対応を心掛けている。	
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	一人一人の生活を日課計画にまとめることで、業務的なサポートではなく個々の生活スタイルに職員が合わせる動きができるよう努めています。		
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	その日の気分で居室で過ごして頂いたり、座る場所をかえたりして気分転換を図れるように配慮しています。		
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	起床時は洗顔の難しい方には温かいタオルを準備しています。訪問理美容を40日前後で実施しています。		
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	季節の物や行事に合わせたメニュー、アンケートを実施して嗜好の把握に努めています。	日常の食事の献立は業者に委託し、調理は小規模ケアホームの調理師が担っている。利用者に嗜好調査を実施しても明確に表現することが困難な状況で、季節の木の芽田楽・いばら饅頭作り・流しそうめん・お屠蘇会等年間を通して行事食で食事を楽しめるように配慮している。	
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	主治医の指示のもと、食事量を定め盛り付けしています。塩分は汁物の提供料を調整し、水分は心疾患等の既往歴を把握し、体重に合わせて1日の必要水分量を個々で設定しています。		
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、一人一人に合わせた口腔用品を使用しています。		

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
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	トイレでの排泄が出来るよう、オムツを使用している方でも自然排便を促せる様支援しています。	居室のトイレで排泄している利用者も、観音扉で入口が閉まっていると場所が解らないため、扉に「トイレ」と表示して場所を示す支援をしている。夜間にトイレへ行く利用者が立ち上がる際に、簡易センサーのチャイムで職員が動きをキャッチし、転倒防止に努めている。	
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	玄米粥の提供を行ったり、水分量を調整したり、トイレでの腹圧マッサージを実施しています。		
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	個々の体調や入浴の希望に合わせて入浴日を設定しています。季節によっては柚子湯等の提供を行っています。	週に2～3回入浴日を決め、一人づつ個浴で1回に4～6名が入浴をし、冬至には柚湯を楽しんでいる。重度化し一般浴槽で対応が困難となったら、小規模ケアホームの寝たまま入れる機械浴で対応する予定である。	
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	個々の身体状況に合わせてベッドの位置や高さ、枕を調整することで安眠できるように配慮しています。居室は調光出来るため、個々の希望に合わせた明るさの調整も行っています。		
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	職員が個々の服薬内容を把握することで状態の変化が服薬の影響があるかどうかを観察し、主治医に経過を報告することで細かな主治医の指示を仰ぐよう努めています。		
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	出来る事を分担し、個々に合った手伝いをして頂いています。		
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に支援している	ご家族による外食や地域の敬老会、文化祭、芸能大会などに出かけるようにしています。	日常的には中庭のテラスで日光浴とお茶会、ゴーヤと朝顔を植える園芸活動を楽しんでいる。外出を希望する利用者が減少しているが、外出機会を設け、東黒部桜祭りや小学校の芸能大会や保育園児との歌と昔の遊びの交流会等に参加して楽しんでいる。	



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	個々の必要な物を迅速に提供できるよう、ご家族に密に連絡相談を行うようにしています。		
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	携帯電話を所持している方は定期的にご家族と連絡が取れるようにしています。年賀状等の手紙のやりとりも行っています。		
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	共有のフロアではゆっくりと過ごせる様、ソファの空間と食事の空間を分けるように配置しています。また、個々の居室で休んだり、ご家族と面会時はのんびり過ごせる様、日々整理整頓や清潔保持に努めています。	リビングは広々として周囲が各居室になっているため、居室との行き来が容易に出来る。一角に共有の洗面所とトイレがあり、特に車いすレベルの利用者の介助が容易に出来る。小規模ケアホームのリビングが隣り合わせで、自由に行き来が出来、利用者同士の交流も可能である。	
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	ソファで座る場所を決めず、仲良しの方がスムーズに会話が行えるように配慮誘導しています。		
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	馴染みの品物や、洋服、家具等居室に置いて頂けるようにしています。	各居室に洗面台・トイレ・クローゼット・ベッド・エアコンが設置され、クローゼットとトイレは左右の壁面に観音開きの扉で設置されているので、整理整頓がされている。窓から田園風景が眺められ、自宅から馴染みの用具や家族写真等を持ち込み、心地よく過ごせるように工夫をしている。	
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	居室には全室トイレが設置してあり、夜間も安心して排泄が行える環境になっています。		