

### 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	0372700716		
法人名	有限会社 チバコウ		
事業所名	グループホーム 美葉		
所在地	岩手県一関市千厩町千厩字岩間38番地4		
自己評価作成日	平成22年8月8日	評価結果市町村受理日	平成22年10月8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://www2.iwate-silver.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0372700716&amp;SCD=320">http://www2.iwate-silver.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0372700716&amp;SCD=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(財)岩手県長寿社会振興財団
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成22年9月3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)】

・バリアフリーの屋内に慣れすぎることによる歩行力低下防止として、散歩やドライブの機会を増やしている。  
 (利用者個人の出身地を訪れ散歩する支援など。)  
 ・地域柄、農業に携わった利用者が多いことから、花壇や畑作りを通し以前の生活パターンを忘れないように支援。  
 (時期にはスタッフと一緒に収穫を楽しむ。)  
 ・地域の方々と交流できる機会を増やしている。  
 (夏祭り、敬老会などのほか、地域行事の芋煮会にはホームの庭を提供し一緒に行っている。)

【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)】

運営理念は地域密着型となったことにより、従来の理念に「共生」を加え、地域の中で地域と共に生きるという新しい理念の下、日々のケアに取り組んでいる。事業所主催の夏祭りにも地域の方々、ボランティアの方など、70名ほどの参加協力の中で行われた。地区恒例の芋煮会は事業所の庭を会場提供することで、普段でも来訪しやすい環境づくりにも努めている。運営推進会議への参加者の働きかけを、ホームの広報に掲載し、呼びかけにも工夫をこらしており、「地域と共に」ということをよく考えていることが窺える。来年4月の2ユニットを目指し、新人職員の育成にも管理者、職員ともに力を注いでいる。

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				

自己評価および外部評価票

[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	利用開始時に独自の運営理念を提示し、説明を行っている。ホーム内の見えやすい場所に掲示、パンフレットにも記載している。職員は、支援策に迷った時など運営理念を基本とすることで対策案を発見することも多くある。	開設当時の理念「安らぎ」「穏やか」「健やか」に地域密着型の位置づけとして、職員から募集し、地域の中で地域と共に生きる「共生」を新たに加えた支援策などに迷いが生じた時などは理念に戻り本人のペースを最優先し、ケアに当たっている。理念を日々のケアの基本に置いていることがよく分かる。	
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	散歩時に声を掛けていただき、お茶をご馳走になることもある。地域の芋煮会をホームの庭でしていただくことで交流の機会を増やしている。	事業所主催の夏祭りに利用者、家族、ボランティア等70名ほど参加している。また地域恒例のいも煮会をホームの庭を提供し交流の取り組みがなされている。毎月発行の広報を地域20世帯に配布したり、今年から自治会に加入し体制が構築されてきている。日常生活においても、ご近所付き合いが築かれてきていることが窺える。	
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	毎月発行の広報を地域にも配布し、ホームの活動状況や認知症、グループホームの理解をテーマにした内容としている。		
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	開催回数を重ねるごとに、参加者の職種も異なり各方面からの意見や助言がサービス提供時の参考になっている。消防署職員の参加により、避難訓練時(夜間帯想定)の注意点などに役立った。	運営推進会議には、利用者家族全員に案内はしているがほぼ同じ方の参加となっている。他のメンバーとして市町村の方や駐在所の署長さんや、医師、消防署員、ボランティアと率直な意見交換の場所として活用されている。ホーム発行の広報に地域住民の方の参加の呼び掛けをしている。	
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	運営推進会議、千厩地域支援会議に参加することで、ホームの利用状況や活動内容が把握できている。又、業務上の相談にも対応していただいている。	運営推進会議の委員と、千厩地域支援会議の参加者は同じ方であり、運営上の相談もするなど連携を深めている。(千厩地域支援会議とは市主催で参加者は市職員、各施設の関係者で2ヶ月に1回開催され、毎回20名ほどの参加である。)	
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	平成16年の開設から現在までに身体拘束の実例も無く、スタッフ勉強会での科目に身体拘束の廃止を取り上げて行った。	スタッフ勉強会を年1~2回、テーマとそれぞれ担当を決めて実施している。新人には前回の資料を配布し理解を深めて貰っている。開設当時から職員全員が共通認識を図り、事例もなく見守りしながら安心、安全の中で過ごしている。	
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	スタッフ勉強会の科目に取り上げ、虐待防止に取り組んでいる。又、スタッフは決められた休日を実際に取ることで、残業も無しとすることで身体的、精神的にストレスを残さないようにしている。		

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
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	学ぶ機会は少ないが、開設以降の実例も無く活用したことは無い。成年後見制度の存在に関して説明した例はある。		
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	契約書を口頭で説明し押印後、一部ずつ契約書を保管している。契約解除の際も利用者の状況等を相談し手続きしている。介護報酬等に改正があった場合は、理由と加算料金を文章で伝えている。		
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	玄関内に記入用紙とご意見箱を設置している。又、毎月発行の広報にも、意見・要望・助言などを紙面・電話・FAXなどにより随時受け付ける姿勢であることを記載している。更に、無記名での家族アンケートも実施している。	意見箱の設置、毎月の広報に意見、要望等の受付をお知らせしているが、現在のところは何も出されていない。家族アンケートを実施した際に、職員の名札着用の要望があったが、利用者との関わりの際に危険な為、職員の写真を正面玄関に貼って分かりやすいように工夫している。	
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	毎月行われるスタッフ会議の中で、スタッフの意見や思いを述べられる時間を取っている。又、連絡ノートを準備し、意見や伝えたいことを記入することで、全スタッフが共有できる。	月1回のスタッフ会議で提案し、連絡ノートで共有している。また、互いに意見や提案を言いやすい環境づくりにも努めており出来る限り意見を反映させている。	
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	介護報酬的に、給与水準向上の継続となれば限界を感じる。ただ、介護職員の処遇改善交付金制度が始まったことで若干の向上が望めた。ユニットを増設することで、給与水準が向上すればと期待している。		
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	毎月のスタッフ会議、ケアカンファレンスの他、研修受講の案内を回覧し、希望者には受講できる機会を与えている。勤務しながら資格の取得ができるよう、職員の配置にも余裕を持たせて対処している。		
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	グループホーム協会の定例会に参加することで、県内のグループホームスタッフと情報交換ができる。又、近隣のグループホームスタッフとは4年前から懇親会を開催し、交流を深めている。		

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>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	本人が利用開始する前に生活している場所（自宅・病院・施設など）を訪問することで顔馴染みの関係作りし、情報収集することから始めている。		
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	利用者と家族の希望もケアプランに取り入れて作成し、確認していただいてから押印をいただいている。		
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	サービス提供をパターン化せず、利用者個人に必要なことを見極め提供している。状況により他のサービス利用の相談にも応じている。		
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	本人が落ち着けること、安心して穏やかに過せる本人のパターンを理解し支援している。できる軽作業を手伝っていただき、自分の役割と捉えることで自信をもって生活できている。		
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	運営推進会議への家族参加が多くなり、意見交換や要望などの発言が気軽にできることで支援の参考にできている。		
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	定期的に訪れる知人と昼食やドライブに出掛ける利用者もいる。そのため家族への連絡調整、時には知人の昼食を準備することもある。	老健施設で同室だったお友達が定期的に来訪し、ゆっくり過ごして頂いたり、利用者の同級生の理髪店に出かけたり、帰宅願望には自宅へ行ったり、山が好きだった人とは室根山を見に行ったり等個々の思いに沿った支援に取り組んでいる。	
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	できる軽作業を共同でする支援や全員で出掛ける行事などを企画実行することで連帯感が確保されている。		

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
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	長期入院中に契約解除となるケースも多くある。退院後、他の施設に移動する際など契約解除後でも対応することもある。		
<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 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	たとえ認知症であっても「基本的に理解可能である」として接している。個人個人の思いや要望をスタッフが情報提供し合うことで把握できている。特に担当者を決めることはせず、全スタッフでケアに当たっている。	センター方式も採用し個別的な理解を深めていること、他、利用者の担当者を決めず、連絡ノートで日々の変化や何気ない出来事、また小さな気づきやサインを見逃さないように全員で共有している。	
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	利用開始前の情報収集資料を基に、ある程度は把握できている。ただ、利用開始と同時に環境や人的に違いがあるため、個人のペースを最優先に考え支援を開始している。		
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	本人のできることを引き出し、継続できるように支援することで役割、日課となった方もいる。又、不安や不穏になる状態を表情や時間帯などから察知することで事前に回避するように支援している。		
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	毎月、スタッフが計画作成担当者に情報提供する時間を設け担当者と一緒に作成する。入院したためのレベル変化や日常生活上で変化が見られた場合は随時情報提供することとしている。	毎月職員が利用者の状況をケアマネジャーに伝え、目標を共有しながら介護計画を立て、家族に報告している。プランの見直しは3ヶ月～6ヶ月としているが、状態の変化が見られたときは随時情報の把握に努め、支援している。	
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	個別にケース記録を準備し、介護計画に沿った記入内容となっている。夜間帯、日中帯と色分けして記入することで確認しやすい記録となっている。又、記録の根拠を介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々にも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	制度以上のスタッフ配置数となっているため、突発的な本人の要望や緊急時の対応にも制度上のスタッフ配置のまま柔軟な対応が可能である。		

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	公共の場を利用しての行事や地域住民との交流ができる機会を増やすことで、認知症高齢者への理解も得られる。そのことが利用者の安心できる生活に繋がることであると思い支援している。		
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	ほとんどの方は、毎月1回の割合で主治医の診察を受けている。受診時には、生活状況、身体状況、食事水分摂取状況などについての情報提供書を準備し、家族さんに渡ししている。(緊急時ホーム対応)	利用者の殆んどはかかりつけ医であるが、利用される際に、利便性等を考慮し、これまでの医療機関を変更する方もいる。定期受診は家族が対応し、往診の方(月1回2名)もいるが、家族立会いのもと受診されている。結果は共有している。	
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	毎日、定時にバイタル測定をすることで変化に気付く。変化の状態が改善されない場合は家族に連絡し、早い段階での受診を勧める。		
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。	緊急入院時には、スタッフが同行し医師に情報提供をする。医師の診察情報を基に経過観察後、ホーム利用の継続が可能かどうかを家族、医師と相談しながら支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	共同生活が可能な限りは支援して行きたいと思っている。利用者にとって、グループホーム生活の「継続が正しいか」と言う判断の見極めも重大なポイントだと思っている。(特に医療が伴った場合)	こちらのグループホームは単独事業所であり、重度化や終末期に向けたあり方についての体制作りや方向性の統一など、難しいところがありながらも出来る限りの支援に向かおうとしている様子も感じ取れる。今後、医療機関において常時、治療が必要になった場合等、家族と相談しながら段階的な取り組みについて本人本位で考え、寝たきりでも食べられる、飲めるの共同生活が可能な限りの支援の姿勢がうかがい知れた。	
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	急変時や事故の際には、マニュアルに沿って対応することとしている。グループホーム協会でやった心肺蘇生法や止血法の講習を受講した。		
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	年2回の避難訓練を実施している。今年の1回目は、夜間帯を想定し行っている。又、今年は地域住民と合同で防災訓練を実施し、住民との協力体制を整備することとしている。	今年1回目の避難訓練(春)は夜間を想定した職員中心の実施である。(避難等の)流れを作るための土台作りの訓練となっている。10月には地域住民と合同で防災訓練の実施予定である。非常食はバック入りの御飯を備えている。	避難訓練は利用者と一緒にするなど実践的な取り組みが重要である。地域住民との協力体制が整備がされることに期待し、今後様々な非常時に備える取組みに期待したい。

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
<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	個人個人の性格や行動を把握し、否定しないように言葉掛けや支援をしている。特に、トイレ誘導時は、他の利用者にてできるだけ気付かれないように注意して行っている。	例えば、真冬の季節の雪が積もっている時に田んぼに行こうとする方がいても、その方の思いを否定しないで対応するなど個々を大切にすることを心がけている。職員同志でお互いの声かけや、どう対応するか共有している。不安や混乱時の対応を大切に考えている。	
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	言葉で意思表示が伝わらない利用者の行動、しぐさ、顔の表情などからのサインにスタッフが気付くことで本人の希望や思いを察知し、安心できるように支援している。		
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、希望にそって支援している	利用する方の状況、あるいはその日の状況により、業務内容や時間の変更し柔軟に支援できるようにしている。		
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	季節的に健康を害さない範囲で、本人の気に入ったものを着用いただいている。又、入浴時の着替えは、本人が着たいものをスタッフと一緒に準備している。		
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	食材切り、盛り付け、配膳、食器洗い、食器拭きなど得意なことをスタッフと一緒にやっている。又、昼食は利用者とスタッフ全員が同じ時間に摂っている。天気の良い日には、テラスに出て摂ることもある。	献立はその日の担当者が決めている。買い物にも利用者と一緒にいくこともあり、殆どの方が食事づくりに携わることが出来ている。ボランティアで調理に来てくださる方のお店で昼食会をしたり、イベント食を作って頂いたりもしている。職員は検食の人以外は、弁当を持参で一緒にテーブルにつき、食事をしている。	
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	栄養バランスについては、町の保健師にメニューを確認していただき、アドバイスを受けた。食事、水分の摂取量については、毎日の引継ぎ項目の中にあり、個人の体調管理の目安にも活かしている。		
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	ボランティアによる歯科衛生士の指導を受け、スタッフも継続し取り組んでいる。		

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
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	個別に1時間単位で24時間の排泄チェック表があり、毎日記録することで個人の排泄パターンを把握でき、必要に応じたトイレ誘導もできている。	排泄チェック表で把握しており、現在のところレベル低下の方はない。声掛け誘導等しても、3日以上便秘の方は薬の服用も行っている。夜間も5~6名に声掛け誘導するなど、トイレでの排泄が出来るように支援している。	
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	個人の排便パターンを把握し、飲み物、食べ物、運動、便秘薬の服用方法などを個別に変えて支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間は2時からとしているが、時間帯が早い、遅い問題は聞かれていない。入浴者以外の安全確保も考えると、スタッフ配置の多い時間帯に実施することになる。	入浴は午後の時間帯としており、基本的に3日に1回の頻度で対応している。全員がお風呂が大好きで、菖蒲湯をしたり、楽しい入浴になるよう支援している。バイタルチェックは、入浴マニュアルに沿って30分前に実施している。	
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	昼寝や就寝時間のパターンを個別に把握しており、必要な方には誘導することで支援している。又、通院や外出の状況により休息を促している。		
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	服薬の効能効果、注意事項などは処方時の薬品名シートを預かり確認している。管理は、二重チェックとし誤薬防止としている。服薬後の症状変化を家族、医師に情報提供することで服薬が減った方もいる。		
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	本人の楽しみ、得意なことを中心に支援することで役割と捉え日課となった例もある。		
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に支援している	買い物、散歩、ドライブ、屋外行事の機会を増やすことで外出の頻度を多くしている。家族参加の機会は少ないが、ボランティアの協力は多くある。	買い物には自分の好きなものや、食材と一緒に買ったりしている。ドライブも気仙沼の海、室根、川崎の「道の駅」、藤沢公園等積極的に出かけている。散歩コースも以前よりは歩行困難にもなり、短時間だが近くの花壇を見たりしている。ご夫婦でボランティアをして下さり外出支援をしたり、地域からの協力も得られている。	

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
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	お金を所持していないことによる不安をスタッフが理解している。管理できない方には、家族から預かっていることを説明し安心感を与えている。希望により小遣を持って好きな物を買う支援もしている。		
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	荷物が届いた後など、電話をしたり手紙を書くことをすすめ対応している。場合により代筆することもある。		
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	ホールと台所が対面式となっており、調理の音や臭いを感じ取れる。又、食事準備の手伝いもスムーズに行える。玄関には、転倒時の怪我予防のため、厚手のマットを敷いている。	玄関入ると、立派に書かれた「美葉」と命名された由来と理念が掲示され、廊下には利用者の作品の展示、各行事の写真、元利用者から入院中にきたハガキ等が貼られている。男性職員が(元床屋さんであった)利用者の方に散髪されて坊主頭になった写真が飾られてあり、とても微笑ましく感じられた。	
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	ホールに繋がった畳敷きの小上がりがあり、冬季にはこたつを設置。又、廊下にソファを置き自由に使える。台所に繋がるテラスでの日光浴や食事をすることもある。		
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	個人個人が、花、使い慣れた椅子、位牌などを持ち込んで生活している。荷物などの置き方も、事故防止や衛生管理上の範囲内で自由としている。	とても写真好きな方がおり、部屋の壁一杯に自分で好きなように貼られてとても嬉しそうにしていた。また、自分の持ち物を壁にメモのように書いていたり、お花が好きで鉢植えが置かれている方へは、鉢皿から水が溢れても大丈夫(床が汚れない)のように職員も工夫し、それぞれが居心地良く過ごせるよう支援している。	
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	トイレの場所、自室が認識できない方には、分かりやすい表示をしたり、理解しやすい箇所の部屋を使用していただくようにして自立支援を行っている。		