

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	0270201452		
法人名	バンドーウエルフェアグループ株式会社		
事業所名	グループホームバンドー弘前城北		
所在地	〒036-8065 青森県弘前市西城北2丁目3-4		
自己評価作成日	平成28年 7月 15日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成28年8月19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)】

平成23年9月に石渡から西城北に移転しましたが、地域密着型サービスの理念を念頭に、外部や町内会との関わりを大切にしています。認知症が進行・重度化しても最後までその人らしく落ち着き穏やかに過ごせるグループホームを目標とし、チームワークを大切にしながら個性を発揮し入居者に愛情を持って接するよう心がけています。

【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)】

入居している利用者が「いつまでも元気でいてほしい」という思いを、職員がチームとなって“食べる・歩く”を意識しながら支援している。特に食事面では食材・彩り・盛り付けに工夫が見られ、ユニット毎にメニューが違い一括化されておらず、職員の積極的な取り組みが見られる。運営推進会議では地域参加者が多く充実しており、地域で防犯等の面でも安心できる環境が作られており、「気軽に声を掛け合えるグループホーム」を目指し、働きかけを行っている。

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りや深まりがあり、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
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	地域密着型サービスの役割等を念頭に理念を作り、管理者と職員間で理念を把握し、日々試行錯誤しながら実現に取り組んでいる。	理念は共有スペースにも掲示している。町内の一員として取り組み、家族・利用者の安心できる生活に向け、朝のミーティング・ケースカファレンスの場で理念を話し合い、同じ方向性をもった介護ができるよう確認している。	
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	運営推進会議へ町会長や民生委員、児童センターの館長、警察官の方に参加頂いている。地域の児童センターの子供たちの来訪や児童館への招待により交流できている。	町会の協力も得て、グループホーム開催の春祭りには多くの子供達が参加している。ねぶたの町内運行時の訪問や、中高校生の福祉体験、近々児童館の祭りへ参加予定もあり、町会から研修・行事案内をもらったりと頻繁に交流が図れている。	
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	運営推進会議での報告の他、中学生の体験学習の受け入れを行い、認知症の方の理解を深めていただいている。		
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践、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	会議では、参加者が気軽に発言しやすい雰囲気をつくり、地域への参加を目指し、外部評価やグループホームのサービス内容等も説明している。	2か月に1回、近くの事業所と合同で開催している。イベント情報、地域包括支援センター職員の役割、民生委員からは地域の高齢世帯増加、自宅訪問の状況などが報告されている。それぞれの参加者からの意見を聞く事ができ、人との関わりが大事であることやケアがマンネリ化しないような意識へと繋がっている。	
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	外部評価の結果報告を行ったり、2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加して頂いている。また、随時、電話や訪問にて相談している。	運営推進会議に参加してもらう他は市役所生活福祉課との連絡が中心となっている。特に諸手続等で、家族との中継的な役割を代行する際は協力を得られている。	
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	身体拘束の内容やその弊害について全職員が理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関前が駐車場ですぐに車道に面しており危険な為、ユニット入り口は戸締りしているが、外出希望時は付き添い外へ出るようケアしている。	やむを得ない状況が発生しても、マニュアルに基づき適切に対応できるよう研修等で理解している。日頃から行動障害がある方に対しても、スピーチロックとならないよう、声掛けに気を付けている。入口の戸は開錠時間を決め開放し、その際も事故のないよう見守りしている。	
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	虐待の防止に取り組み、管理者は職員の日々の声かけ、ケア等を観察し徹底している。年間の研修計画にも組み入れており、学習会を定期的に行っている。虐待の種類について、スタッフの目のつく所に掲示し、防止に努めている。		

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
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	管理者は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について研修に参加し、職員も年間の研修計画に組み込まれており、学習している。		
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	契約時は利用者や家族に事業所の理念やサービス内容等を説明し、希望等を必ず聞くようにしている。また退居の際は入居者やご家族に十分な説明を行ったり、施設の情報提供を行なう等支援している。		
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	事業所内の苦情受付窓口、外部の苦情受付窓口を契約書に明確に掲げ、口頭・文書で説明している。利用者の意見などには受容・傾聴し、ご家族へも遠慮なく要望等を出して頂けるよう声かけしている。また、法人本部より、要望受付に関する文書の送付を行っている。	苦情箱への意見投書はないが、年2回のアンケートより得た意見や要望は、職員にも周知させ現場に反映するよう取り組んでいる。改善点・結果は直接家族へ個別に伝えられている。具体的な意見としてレクリエーション活動についての希望が聞かれている。	
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	ケアカンファレンスや日々の会話の中で聞き入れ、反映させていく取り組みを行っている。ホーム職員や管理者からの意見、要望等については、グループホーム事業部の担当者が聞きとりし、集約したものを代表者に伝達し、検討してもらっている。	日頃業務の中で、個々の介助方法・ケアの方向性について、気付いた時に意見を出し合うといった場面が多い。その他、環境(修理・改善、備品購入)の要望は随時出されており、対応できている。利用者の生活で使用したい物品等は職員が購入することもある。	
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	年に2回の健康診断を実施し、健康で明るく元気に働く事ができるようにしている。また、キャリアパス制度の導入も行なう事で、スキルアップしていけるよう配慮したり、資格取得のアドバイスも行っている。		
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	内部研修については、年間計画をたて、それに沿って毎月取り組んでいる。スキルチェック表を用い自己評価を行うと共に、個別に目標をたてることで意欲的に仕事に取り組めるようにしている。管理者等の経験等により、より専門性を積む研修に受講させている。		
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	認知症介護実践者研修の実習の受入を行い、同業者との交流につながるよう努めている。		

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
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	本人の困っていること、不安なことは受容・傾聴し安心して頂けるよう、ゆっくりに対応し信頼関係が築けるよう努力している。		
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	専門の入居受付担当者が相談を受け説明を行った後、サービスを利用される場合は、管理者が本人、家族と面談し様々なお話を伺い、関係作りに努めている。		
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	利用者、家族が必要としている支援を面談の段階で見極め、安心できるサービス提供に努めている。また、状況によっては、グループホーム以外のサービスについても提案することもある。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者は我々の人生の先輩であり、認知症の〇〇さんという受け止め方ではなく、〇〇さんという個人を尊重し、共に生活するようにしており、利用者から学ぶ事も多い。		
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	利用者の近況や情報交換を家族と行い、家族の思いも把握した上で、利用者をグループホーム側、家族側と双方から支援している。		
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	知人からの電話などは取り次ぎ、手紙などもお渡ししている。また、知人の方の面会もあり、これまでの関係が途切れないように支援している。	床屋は訪問してくるが、個別に近くの美容室へ出向いたり、以前利用していた美容室へ行き昔の話をして満足されたりと、個々の要望に応じている。	
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	利用者が孤立しないように配慮しているが、行動障害の著しい利用者の方々が口論となりトラブルになる事がある為、職員も見守り、仲裁し対応している。		

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 サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	サービス終了後も家族からの相談には応じている。必要に応じたサービスの再利用やその他介護相談等に応じ、法人内で連携をとりながら対応している。		
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	買い物や散歩などの外出、趣味など利用者が希望される生活スタイルに極力応じられるよう、充分話を聞き実行している。	言語障害があっても少しでも単語を引き出したり、ジェスチャー・表情で思いをくみ取るよう心掛けています。長く入居し、レベル低下してもこれまでの生活を振り返りケアできるようセンター方式を使用し、アセスメントしながらプランへ活用し、職員間で情報を共有している。	
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	利用者の生活歴、個性、価値観等を利用者、利用者の家族や知人の方から情報収集し把握している。		
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	利用者一人ひとりの一日の生活リズムを把握しケアを行っている。また有する力を発揮できるような支援も行っている。		
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	利用者本人からの聞き取りが困難な場合は、ご家族から要望等を伺い、職員や看護師にもケアカンファレンスに参加して頂きケアプランを作成している。	カンファレンスには職員全員が参加しており、本人も参加することがある。プランへの表記については、本人・家族の要望は言葉をそのまま記載し作成している。	
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	利用者一人ひとりの、日々の暮らしや身体状況、精神状態等について、具体的かつ詳細に記録している。またケアプランの見直しにも活かしている。		
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	医療連携体制として訪問看護を導入し、健康面をしっかりとサポートしている。また、受診時、外出時の送迎や付添い等の支援を行っている。		

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 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	運営推進会議をきっかけとして町内会長、民生委員へ協力を呼びかけ、安全、快適に暮らすことができるよう支援している。		
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	利用者が入居前に受診していた病院へ継続して通院できるよう支援している。内科・歯科等の協力病院の確保もある。	利用者のほとんどの方が、かかりつけ医を受診している。多い方では6科受診したり、かかりつけ医が遠方で通院希望されていた方へも対応しており、受診送迎の職員がおり柔軟に対応している。	
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	訪問看護との連携体制が整えられている。また、ユニット2の管理者が准看護師の資格を有しており相談に乗ってもらい、アドバイスも受ける事が出来る。		
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、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。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。	利用者が入院した場合は、必要に応じて適宜面会へ行き情報交換、状況の把握に努め早期退院が出来るよう担当看護師と話し合ったり、主治医の説明を受けるようにしている。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や看取りの指針等もあり、なるべく生活が継続できる様にしているが、当法人の有料老人ホームへの入居や特別養護老人ホームへの入居も家族と検討している。	重度化した場合や看取りの指針はあるが、これまで治療対応するケースが多く、看取った事例はない。今後看取りを希望された場合は、家族との話し合いを重ねると共に、職員の研修や体制を強化する方向である。	
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	緊急時の対応マニュアルが作成されている。また常に職員の目のつくところへ掲示している。応急手当の訓練は、職員全員が救急隊員による普通救急救命講習を受講している。		
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	定期的な設備の点検と併せて避難・誘導の訓練を実施している。災害時の避難場所も確認できており、非常食や飲料水、ランタン、カセットコンロなどを備蓄している。近隣の法人本部との協力体制もできている他、地域の消防団の方にも避難訓練への参加を呼びかけている。	年2回(8月・2月)夜間想定で避難訓練及び設備確認を実施している。2階から1階への避難は毛布等を使用し、職員同士で訓練しているが、現在スロープ設置の準備を進めている。備蓄品等はこまめにチェックし管理できている。町会からの申し出により災害時の避難保護受け入れ場所にもなっている。	

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
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	個別化を常に意識し、自尊心を傷付けないようさりげない対応をしている。また、人権の尊重やプライバシーに関する「介護サービス従事者業務水準の指針」を作成しており、研修を行っている。	トイレは男女共用のため使用時トラブルのない様見守り、扉・カーテンを併用している。排泄時本人が気にしないよう、また周囲に知られないよう声掛けに配慮している。活動への参加について本人の思い・性格を踏まえた声掛けの工夫をし意思を尊重し、無理強いないよう努めている。本人からの要望がないということではほとんどの居室入口のドアは開放している。	居室入口のドア開放が当たり前となるのではなく、個別化を意識した本人だけの空間作りが重要と考えられる。プライバシー保護、自尊心の維持ができるように今後のプライバシーを尊重した環境支援に期待する。
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	出来るだけ利用者の希望に添えるよう、選択の場面や選ぶ事を待つようなケアをしている。また、思いや希望を実現できる様に支援している。		
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	おおよその一日の流れはあるが、ご自分の時間を自由に使っている。業務を優先するのではなく、利用者の訴えにその都度耳を傾けている。		
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	服装はその日その日に着たいものを選択して頂き、理容・美容は本人の望むお店に行き好みのヘアスタイルにし、おしゃれの支援をしている。		
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	利用者の希望や好みに応じた食事メニューを考慮したり、苦手なものは代替品を提供している。食べ方の混乱や食べこぼし等へもさりげなくサポートしている。また支度や後片けにも参加して頂いている。	利用者には下ごしらえやテーブル拭き、食後食器を寄せてもらったりしている。食材はできるだけ季節毎に旬のものを取り入れる様に意識しており、誕生会の時は刺身・赤飯の希望が多く聞かれるとの事である。彩り・盛り付けがとても良く、利用者にとっての楽しみとなっている。また、ユニット毎にメニューが違っている。	
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	利用者一人ひとりの状態を考慮し、毎日の食事の全体のバランス、栄養面を考え、季節感・旬を意識し食事バランスガイドも参考にしながら提供している。また、法人の栄養士に献立をみてもらい、指導をもらう機会を設けている。		
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	食を楽しむ為には、歯や舌など口腔内の清潔が重要である事を全職員が理解しており、毎食後一人ひとりに合わせたケアを行っている。必要時、歯科受診も行っている。		

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
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	個人の排泄パターンを把握し、その都度誘導や介助を行い、一時的におむつ等を使用しても状況が快方に向かうと使用を終了している。また羞恥心には充分配慮している。	排泄表をチェックし、パターンを把握している。オムツ・パッドなど安易に使用したり、長期間使用継続しないような排泄ケアを考えている。夜間のみオムツ使用している方がいるが、できるだけトイレでの排泄を勧めている。	
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	食物繊維の多いものの提供、水分補給、腹部マッサージ、個人に合わせた軽い運動などを心掛けている。また個人の排便のサイクルを把握し、安易に薬に頼らないようにしている。		
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、個々に応じた支援をしている	個人の希望を出来るだけ取り入れ、回数や時間帯を選択して頂いている。入浴を拒否する利用者には声かけの工夫やタイミングも図っている。長風呂の方へは声かけ、見守りを励行している。	一人週2回の入浴となっているが週3回希望する方や受診の調整もあり、その日・その時の状況に合わせて対応している。週6回入浴実施しているため、いつでも柔軟に対応できる体制となっている。	
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	個人の睡眠パターンを把握し、出来るだけ眠剤などに頼らずに不眠の原因などをさぐり、安眠への支援をしている。		
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	全職員で、利用者の内服薬の内容を確認・理解している。またどのような副作用があるかを必ず確認し、申し送り時に話し合うようにしている。誤薬のないよう細心の注意を払い、内服薬の変更時も必ず情報を共有している。		
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	生活歴や体験談を利用者や家族から伺い、個人を尊重したケアを心がけている。また一人ひとりの嗜好品も把握しており、暮らしの中で取り入れるようにしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、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支援している	敷地内にある畑の野菜を収穫したり、日光浴を行ったりしている。また全体の行事等では遠方にも出かけたり、ご家族の協力も得て出かけられるようにしている。	近場のコンビニエンスストアへ気軽に出かける他、個別に車でホームセンターや洋服店へ行く事が多い。午前中は受診が多く、午後に出外している。家族の協力により1週間に1回程の頻度で、自宅へ外出されている方がいる。	

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	手元にお金が無いと不安な方には、ご家族の了承のもと少額持参されている。また利用者の力量に応じて支援している。		
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	手紙を書かれている利用者の方や電話をかけて欲しいと希望のある方へ、その都度支援している。		
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	採光には配慮し、カーテン・ブラインド等で調整し室内の明るさも適当である。季節感を感じる事ができる飾り付け等を行い、過度な装飾は避けすっきりと落ち着いた生活空間を心掛けている。	自然な明るさ・広さが居心地良く落ち着く空間である。廊下、居間には本人が手掛けた物を飾っている。	廊下の作品に個性が見られるが、多数の目に注目される事も多い場所である為、職員と利用者で一緒に作ったものを飾る等、利用者の意欲を更に引き出すと共に活動性の向上も感じられる様、今後の取り組みに期待する。
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	居間にはソファや椅子を設置し、ゆったりとした居場所を確保している。		
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	入居時に家具や寝具、生活用品など、なじみのものを持ち込んで頂いている。またホールだけでなく各居室も個人の部屋のような再現ができるよう、カレンダーや写真を飾り、植物も置いたりしている。	色、家具等で本人らしさ(個性)がある居室と、家具や装飾はほとんどない居室もある。入居当初は家具等を持ち込み、自宅での生活を再現するが、症状が進み、認知力の低下や、幻視等が現れると、家族了解のもと症状に合わせた環境にしている。	殺風景な印象とならないよう、認知症状を含め病状に合わせながらも、工夫し、本人が居心地よいと感じられる環境作りに期待する。
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	利用者の混乱を招くような紛らわしい表示や過度の装飾は避け、清潔な状態を保つよう努めている。また、廊下・浴室・トイレには手すりが設置してあり、安全面を考え自立支援も行っている。		