

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	0590100665		
法人名	株式会社 グリーンリーフ		
事業所名	グループホーム 赤とんぼ		
所在地	秋田県秋田市新波字竹ノ花12番地		
自己評価作成日	令和 3年5月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	令和3年7月25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)】

・入所者様の今までの生活背景やどのような性格なのかを理解し、それを根拠とし 一方的な介護にならないよう援助しております。また自室での生活も尊重しながら、ホールで他入所者様との関わりを持てるよう、共通する趣味などを一緒に行う援助をしております。全ての援助や入所者様の行動に対し、根拠を持って援助が出来るよう日々のミーティングや研修で理解を深めています。

【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)】

事業所は市街地の郊外に位置し、ドライブの定番となっている高尾山からは四季折々の田園風景を見渡すことができる。利用者から人気の風景は、黄金色に輝く稲と夕日のコントラストが美しい秋のこと。  
開設して7年目、ケアに真摯に向き合い本人本位の姿勢で取り組んでいる。特に最近身体拘束や虐待におけるグレーゾーンと言われている意図せずに行われる不適切ケアについて、日々のケアを振り返りながら見直し、予防策の検討に努めている。また、食の楽しみを大切にしたいと力を入れている。調理員を専門に雇用することで、見た目の彩りよく、さらに栄養やカロリーにも気を配った手の込んだおいしい食事を提供している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～53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	
54	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	61	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ます (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
55	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	62	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
56	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	63	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
57	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	64	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
58	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	65	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
59	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	66	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
60	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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を実現するため、入所者様の言動全てに根拠を見いだせるよう朝・夕のミーティングやその都度話し合いをしたり、職員会議や連絡ノートで情報を共有し実践している。	基本理念に沿った基本方針を掲げ、日常的に職員の介護に対する思いの統一を図り、理念の共有から実践へとつなげている。	
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	地域行事への参加や、散歩で会う地域の方々と交流、2ヶ月に1回の運営会議では新波地区の町内会長、民生委員の方々にも出席していただく事で、より理解や協力を深め相談もさせて頂いている。	コロナ禍のため、交流の機会は減っており、散歩の際も近所の方とは、ソーシャルディスタンスを守りながら続けている。近隣の方々も気遣いながらも、野菜を届けてくれたりと、良好な関係を保っている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	運営会議で援助方法や考え方について報告し、施設見学や面会時の相談に対応している。		
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	毎回違う参加者で、他施設や地域包括からも参加がある。話し合いは多面的で考え方が広がり、まとめた内容を職員間で共有することで入所者様への援助の選択肢が増えている。また、小学生の職場体験を受け入れることで理解に繋がることを期待している。	一堂そろって開催することが思うようにできていないが電話やメールで、また個別にはあるが訪問してくれた時に、メンバーの意見を頂くように努め、出された意見や希望をサービスの向上に生かしている。	
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取り組んでいる	秋田市介護保険課とメールで連絡を取り、理解出来ない事があれば電話連絡で対応している。	電話やメールを活用することで、役所と物理的な距離はあるが、タイムレスでスピーディな対応ができています。必要があれば、出向など協力関係が築かれています。	
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	施錠や抑制の基本はもちろん、研修では身体拘束に対する考え方は日々変化している。内服薬による効果も含め、入所者様の表情や言動について観察・記録し、ミーティングで話し合い情報を共有することで、その方が安全で苦痛と感しない援助や生活が送れるよう努力している。	ZOOMで研修に参加したり、身体拘束・虐待まではないが、不適切なケアが日常の支援で行われていないか、不適切なケアとはどのようなケアなのか等、疑問を洗い出したり、未然防止のため具体策を検討するように努めている。	
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	研修への参加や、施設では入浴やトイレ時に身体状況の確認・精神面では職員の話し方や対応の仕方を入所者様の表情や言動、カルテの内容から変化があればミーティングやその都度話し合い、原因や結果を毎月の報告書で家族へ報告をしている。		

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	研修へ参加し学んだことを職員間で共有したり、入所者様の後見人と話しその方がストレスなく生活できるよう計画し援助している。		
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	入所前には事前訪問をお願いし、契約の締結や重要説明事項の説明・疑問点がないか確認し、納得いただけるようにしている。変更等があれば、手紙や電話で連絡し訪問していただいている。		
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	日常生活のコミュニケーションや表情・言動から思いを引き出したり推測し、ご家族からは運営会議の参加で意見等を頂いている。また、運営会議の中で自治会長や民生委員等に意見を聞いてもらう事で地域に反映できる機会を設けている。	要望や希望があればできる限り受け入れ、取り入れるよう努めている。今後、更に意見の表出をしていただけるようLINEの活用を予定しており、タイムラインのように近況や画像を瞬時に共有することで、生の声を届けたり、頂いたりの双方向の意見交換ができるように検討している。	
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	状況に応じミーティングや個別で話しを聞き、意見や提案の原因を話し合い、解決できるよう努めている。	話しやすく個別に相談できる体制を確立している。職員が希望する休みや有給休暇を取りやすく配慮し、働きやすい環境を整えている。	
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	超過勤務には手当てを支給し、職員には資格取得や研修に参加できるよう努めている。また、リーダーやサブリーダーを設定し、手当てを支給している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	日々のコミュニケーションやカルテの内容、毎月の報告書の内容、職員会議で個々の技術や考え方を把握できるよう努めている。また、職員の興味ある分野への研修や資格取得を話し合い決めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	秋田市認知症グループホーム連絡協議会に加入し、情報交換や勉強会、職場相互訪問に参加している。		

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
<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	入所前の情報提供書に職員全員が目を通し、要望や本人の思い、生活背景を理解している。入所後に、考えられる不安の表出なども職員同士で話し合い、入所後もコミュニケーションの中から不安の根本を理解し対策を考え安心して過ごしてもらえるよう努めている。		
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	利用前には家族と面談し、思いを共感している。それをもとにケア方針を決め、ケアプランを作成している。		
17		○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	カルテの情報や日々のコミュニケーションから何をどの程度出来るか把握し、生活背景も考慮し、出来る事や興味ある事を職員と一緒に行う事で関係構築に努めている。		
18		○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	面会時や毎月の報告書で、本人の状態を説明、記載している。出来ていたことが出来なくなっていく過程を家族に説明し、現状の受け入れと今後の方針を共に考えていけるよう関係構築に努めている。		
19	(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	コミュニケーションを通し、思い出について話し合う事で記憶にとどめている。また、外出レクリエーションや家族との外出、そして地域のひととの新しい馴染みの関係を構築できるよう、畑の野菜作りなど過ごした時間も含め支援している。	コロナ禍で面会に制限があるため、感染症予防対策に取り組みつつ、リモート面会等を取り入れるなど模索しながら、関係継続の支援に努めている。	
20		○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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入所者様の出来る能力を理解し、季節に合わせた作業(山菜の下処理や柿の皮むき)や職員が提案した余暇活動を行うことで、入所者同士が協力し、よりよい関係を築けるよう努めている。		
21		○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	ケアマネジャーや家族に現状を聞き、家族の不安や悩みについて相談に乗ったり、情報提供書に記載していない細かいことを伝え、契約終了後も本人や家族が新しい環境に対応しやすくなるよう努めている。また、身寄りのない方について、当施設のケアマネジャーが代理人として会議の参加や受診の付き添いなど行っている。		

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
<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>					
22	(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	情報提供書や日々のコミュニケーション、家族から聞いた内容から、本人の思いに添ったケアを心掛けている。意志表示が難しい場合には、上記から背景等を考慮してアドボケイトし、本人の表情や言動を観察し家族に伝えている。	本人本位の姿勢で、利用者の理解のために日常のふとした言動から汲み取り、その人らしい思いや意向に少しでも近づけるよう努力している。	
23		○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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前には情報提供書に目を通したり、家族からの聞き取りをしてケア計画の立案をしている。入居後には、本人から聞き取りを行いケア計画の修正をしている。		
24		○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	担当職員がアセスメントシートに記入し、心身状態や出来ることを把握している。また、コミュニケーションから背景等を理解し、アセスメントシートと照らし合わせ、どのように1日を過ごすのか話し合いながら決め、職員間で共有している。		
25	(10)	○チームでつくる介護計画 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	運営会議や面会時にケアマネージャーや家族と相談し、その意向をアセスメントシートや月一回のモニタリングで現状と照らし合わせ、本人や家族の思いを優先できる介護計画の作成に努めている。	本人の状況をできるだけ多く伝え、ご家族に現状を正確に理解していただくようにしている。介護計画にも意見や要望を出していただけるよう努め、現状に即した介護計画となるよう取り組んでいる。	
26		○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	職員が日常生活の様子やカルテから、受け持ち入所者の毎月の報告書を管理者に上げ、それを基にモニタリングを行い、毎日のミーティングや職員会議で話し合い共有している。その結果、ケアの方向性に変更があれば介護計画の変更や連絡ノートに記入し、情報を共有している。		
27		○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	入所者の生活背景を理解し、欲求や思いを地域で実現・アドボケイトできるよう努めている。地域での実現が難しい場合は、外出レクリエーションを行い実現できるようにしている。		
28	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	受診前には看護師から受診目的を理解しやすいよう説明し付き添い、受診後の医師からの説明、薬剤の説明も看護師が本人に説明している。本人から医師に相談や要望が伝えにくい際には、付き添いの看護師が代弁している。	コロナ禍の受診については、医師からの助言で特段の変化が無ければ受診しなくても、適切な医療を受けられるよう支援体制ができています。服薬内容に変更があった時には、薬剤師から副作用や留意点・注意点等の説明を受けている。	

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
29		○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	職員からの情報と観察で看護師が受診の判断をしている。また、受診が難しい入所者様の状態をかかりつけ医に相談することで、施設内で処方された点滴などの医療行為を行い受診負担を軽減している。		
30		○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。	看護師が中心となり、入退院時の受診・送迎・付き添いを全面介助し、家族との連絡調整をしている。各病院の相談室とも連携し本人の現状や家族が困らないよう情報交換を行い、継続的に支援している。		
31	(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、事業所です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	家族には看取りケアを行っている事や起こりうる状況を説明し、かかりつけ医の協力やどのように対応してくか入居時や面会時に説明し同意書を頂いている。しかし、状況により本人や家族の意向が変化した際には、それに沿えるよう職員間での話し合いやケアマネージャーとの相談で連携している。	看取りの段階になった時、ご家族が考えている状態の変化と実際に起こりうる状態の変化のギャップをうめ、今後起こりうることを事前に説明している。その際には、ベットにつけているセンサーを活用して、データの数値化で本人の状態を分かりやすく説明している。このことは、職員の負担軽減にも繋がっている。	
32		○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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時マニュアルで対応を統一したり、心肺蘇生研修にも参加している。また、地域の消防職員に来所してもらい、避難訓練時(夜間を想定)と同時に初期対応について講習を行っている。		
33	(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	緊急連絡網や災害マニュアルを整備し、消防職員立ち合い時に確認している。また、運営会議で避難時は地域消防団や近隣住民に協力してもらえるよう説明している。	過去の避難の経験を生かして、物品の準備や避難の検討は早めに行っている。また、避難先を再検討する際には、地域から協力を得られるよう情報交換を行いながら相談して決めている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
34	(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	認知症の程度や身体的機能を理解し、どのようなアプローチが有効かを考え対応している。また、介護者自身も環境の一部であることを理解し、対応する際の声量・内容・場所等の環境整備も行っている。	利用者ごとに声掛けの仕方を工夫し、本人はもとより周りの利用者にも不快にならないよう気を配っている。	
35		○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	日常生活での言動やコミュニケーションの中から相手がどのようなことを考え思っているかを常に推測し、自然な会話の中から思いや希望を表出できるよう努めている。また、認知症の程度や身体的機能に応じた自己決定が出来るよう援助している。		

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
36		○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	今までの生活背景や施設での生活リズムを理解したうえで過ごして頂いている。しかし、認知症の程度により、何をしたいか決められなかったり、昼夜逆転が起こる可能性があるため、一人一人に合った選び方を提供したり、食事や就寝時間など大まかな生活リズムは決め援助している。		
37		○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	生活背景や会話から趣向や興味ある事を把握し、認知症の進行や身体機能の低下が起きても、一部介助で今まで行ってきた整容等を継続できるように支援している。		
38	(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	施設の畑や散歩時に採取した食材を使用したり、見た目や盛り付けなど五感でも楽しめるよう努めている。また、好き嫌いもネームプレートに記載し入所者に合った食器類や食事形態を考慮し、食材の下処理や食器洗いなど、入所者の生活背景が重なる得意な事は自主的に行ってもらっている。	食の楽しみを大切にして食事残量や食べている様子から好き嫌いを把握している。盛り付けは彩りよく、食器にも目で楽しむよう工夫されたものを使用している。栄養バランスやカロリーにも気を配り、もし食事面で配慮が必要な方が入所しても対応出来るように準備体制が整えられている。	
39		○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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎月の体重測定や受診時に日常生活の状況を医師に説明し、その問診で体調管理をしている。また、認知症の進行により摂取できない場合は、医師に相談し看護師が施設内で点滴を行い支援している。		
40		○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	食後は入所者のペースに合わせて自室やホール洗面台で口腔ケアを促したり介助している。ブラッシングが苦手な入所者には口腔洗浄液で対応している。		
41	(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	本人の認知症状をアセスメントし、自立している機能を理解する。失禁によって、自尊心や自立の低下が考えられるため、飲水量を確認したり、身体機能の考慮、排泄の時間やパターンを理解し誘導する事で失禁やパット使用を減らしている。	排泄時にプライバシーと尊厳とのバランスを模索しながら、排泄パターンの把握に取り組んでいる。残存機能を生かしたケアとなるよう声掛けの仕方などを職員間で情報共有して同じケアとなるよう努めている。	

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
42		○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	身体機能や習慣を理解し、便秘なのかを判断する。そのうえで医師に報告し、処方や水分摂取、適度な運動、バランスの良い食事、規則正しい生活等を促している。		
43	(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や健康状態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	週に3日入浴できるようにしているが、希望時は入浴できるよう配慮している。急な汚染等見られるときは日中夜間に限らず入浴やシャワー浴ができるようにしている。	入浴剤を使用して楽しんでもらったり、季節に合わせてゆずやミカンを浮かべたり、リラックスして入浴を楽しんでもらえるよう工夫している。	
44		○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	日中ウトウトしている状況をアセスメントし、夜間不眠・心地いい・疲れ等の現状を把握し自室へ誘導するなど対応している。夜間は年齢による不眠、認知症状なども考慮し、室温や採光等の部屋の環境を整えたり、必要時は処方薬を使用している。		
45		○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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師が内服管理をしており、内服に関して医師・薬剤師からの注意点等個人記録に残し職員に伝えている。内服により変化があった際は、看護師が医師や薬剤師に連絡し対応している。		
46		○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	現在の身体的・精神的状態や認知機能を把握し、生活歴や訴え等から趣味や楽しみをどの程度行えるかを理解し、散歩や農作業、色塗り、食後のコーヒー等を楽しんでもらっている。		
47	(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	秋田県内のイベント情報やテレビからの情報で、入所者が食べたい・行きたいと話した事を身体的・精神的状態を考慮し出かけている。また、散歩や買い物、施設の畑の管理など入所者からの希望や職員からの言葉かけで、地域の方々と一緒に日常的に行っている。外泊などの要望が家族からあった際には、制限なく対応している。	人出の多いところには出かけられないが、散歩や近くの高尾山に出掛け、ミニピクニックとしておやつやお茶を持参して外で短い時間でも楽しめるよう工夫している。	

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
48		○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	管理や計画的に使える方には所持していただき、その他の場合は、家族から財布を預かっている事を伝え、必要時にはいつでも使用できると話している。また、入所者から話しにくい状況を作らないために、職員から何か必要な物はないかたずねている。		
49		○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	あらかじめ家族と話し合い、電話の受けられる時間・どのような状況で電話連絡をするかを想定し、本人だけではなく家族にも負担にならないよう努めている。		
50	(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、臭い、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	ホールや廊下に介護用畳を使用し、汚染時はいつでも洗浄できるものになっている。また、床暖房や加湿器で状況に応じて環境を整えている。施設内には、季節に応じて入所者が作成した作品を飾る事で、季節感を把握してもらえるよう努めている。	清潔感のある壁に、高い天井・バルーンカーテン・畳仕様の床暖房、朝日がたつぷりと入る窓があり、居心地よく過ごすことができる。開放的なキッチンから食事の準備の匂いがしたり音が聞こえたりし生活感あふれる空間である。	
51		○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	ホールにはソファを置いたり、談話室で家族と話してもらう場所を設けている。また、ホールの机には名前を記入せず、自由に座ったり移動できるように配慮している。		
52	(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	家族が感じている馴染みの物ではなく、本人が普段から使用していた馴染みの物を持って来て頂く事で、不安の軽減に努めている。	ご家族からご協力を得て、テーブルやソファ、ぬいぐるみや布団など、なじみのものを個室に置いて、その方らしい居室となっている。	
53		○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	トイレの表示や自室前に各利用者名を表示し、ホールの柱にはクッション性の保護材を施している。施設内はバリアフリーで玄関はスロープになっており、車椅子でも安心して利用できるように配慮している。		