

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2874400498		
法人名	特定非営利活動法人ダーナ		
事業所名	認知症高齢者対応型グループホームくりあん		
所在地	兵庫県豊岡市大磯町6-24		
自己評価作成日	令和1年8月5日	評価結果市町村受理日	令和1年10月18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	http://www.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224		
訪問調査日	令和1年8月29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)】

<p>医療、訪問看護に素早い対応。 ご利用者の状態の変化に迅速に対応。 個々のご利用者に応じたケアの提供。</p>

【第三者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)】

住み慣れた地域で家庭的な雰囲気を感じながら暮らせる環境にある。日々利用者と職員、また、職員間のコミュニケーションを大切に、利用者個別の希望や要望を把握して個別のケア・支援を行うように努めている。日々の暮らしの中で、利用者が出来ることは参加してもらい、生活感を採り入れるとともに残存能力の維持に努めている。運営推進会議には民生委員・区長・老人会代表等が参加して、地域動向を把握し地域とのつながり強化に努めている。協力医療機関医師・訪問看護師との連絡・連携を通して、利用者の状況変化に迅速な対応を行い利用者が安心して過ごせるよう健康管理に努めている。職員の定着が良い。

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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	ご利用者の個々の想いやご家族の想いを大切にし、理念を実践出来るように申し送りや会議などで話し合っている。	法人理念には、地域連携を明文化しており、事業所理念にも地域密着型サービスの意義・役割等を探り入れるべく検討している。事業所独自の理念を、キッチン・リビングの見やすい位置に掲示し、職員には日常的に視覚で確認できる状況で浸透を図っている。理念に謳われている「終の棲家」としての支援が実践できるようケアプランに理念に沿った支援目標を盛り込み、職員会議・カンファレンス時に実践状況を確認し、日々のケアで実践につなげるように取り組んでいる。	
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	買い物などは近所の店を利用しているし、地区の資源ごみの回収にも協力している。年末の自警団への協賛等交流している。	近隣の散歩時にお互いに挨拶を交わし、近隣の民生委員などが声をかけ体調を気遣っている。また、住民が育てた野菜や花を届けており、地域とのつながりが持続されている。地域の秋祭りでは、神輿の来訪を受け、消防訓練の実施時には広報を行い、地域とのつながりを継続している。防災委員の巡回や、除雪機の譲渡を受ける等、地域の自治会組織と協力関係を築いている。消防団への協賛、「ホッと見守り隊」として地域の見守りを行う等、地域で必要とされる活動や役割を担っている。	
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	運営推進会議で地域の方達に支援の方法など協力出来る発信している。		

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
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	2か月に一回の開催では、ご利用者の状態や行事などの写真を観ながら報告したり、地域の方からも情報を頂きながら現場に反映出来るようにしている。時には防災訓練と一緒に時間に開催して誘導などを見学して貰っている。	利用者・家族代表、区長・民生委員・老人会代表・法人理事・地域包括支援センター職員等を構成メンバーとし、2ヶ月に1回開催している。知見者として地域の福祉委員を委嘱する可否について市に問い合わせている。会議ではレジュメ、写真等を用いて、利用者状況・事業所の活動内容・身体拘束適正化委員会開催・第三者評価受審報告等を行っている。区長より散歩コースの危険個所の情報提供を得る等、意見・情報を活かしている。高齢者の生活上・介護上の相談に助言等を行い、事業所の機能を地域へ還元する機会ともなっている。議事録は、家族に送付するとともに、玄関に設置して公開している。	
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	地域密着型サービス事業者連絡協議会などに参加して意見交換したり、他事業所の事例報告なども参考にしている。	身体拘束適正化指針作成等で、市の担当窓口と相談し、適切な説明や助言を得て連携を図っている。地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加し、事業所の取り組みを伝えている。市の集団指導・地域密着型サービス事業者連絡協議会会議や講演会に参加して、事例報告・事業所間の課題相談を行い、市からの助言・情報提供を運営に反映させている。	
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	身体拘束等の検討委員会を2ヶ月に1回開催している。年4回実施している内部研修にも職員間で学ぶ機会を設けている。	「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、適正化委員会の設置し、2ヶ月に1回の開催している。委員会は基本的に全員参加とし、拘束となる具体的な行為等を話し合い、議事録を作成している。利用者個別の適正化に向けた検討は、毎朝のカンファレンスで実施している。「身体拘束廃止」への理解を深めるための研修機会も設けている。カンファレンスや委員会の欠席者には、議事録や資料を配布し周知を図っている。重要事項説明書に「身体拘束廃止のための取り組み」を明記し、契約時に説明している。玄関の施錠は20時～6時までに行い、昼間は利用者に閉塞感を与えないよう努めている。	カンファレンスでの、個別の事例についての適正化のための検討内容をわかりやすく記録する工夫が望まれます。また、委員会での検討内容について、配布・回覧の周知印など、周知が確認できる工夫が望まれます。

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
7	(6)	○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	年4回の内部研修などで学ぶ機会を設けているし、常に虐待しない、見過ごさない意識を持ち防止に努めている。	年間研修計画に沿って「虐待と身体拘束」研修を実施し、参加できなかった職員にも「事実確認表」等の資料を配布し周知を図っている。支援の現場で気になる事例があれば助言し、職員会議、申し送り等でも周知を図っている。管理者は、日常的に職員へ声かけを行い、慰労会や食事会、また、職員会議で介護技術の向上を図り、ストレス等がケアに影響しないよう取り組んでいる。入浴時等には身体状況に留意し、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。	
8	(7)	○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	施設全体の研修にも参加しているし、内部研修などにも学ぶ機会を設けている。	市の「成年後見制度について」のパンフレットを用いて学ぶ機会を設けている。本年9月には、法人全体で外部の専門家を招いての権利擁護研修を予定している。また、現在制度を利用している利用者への実務的支援を通じて、全職員が一定の知識を習得している。保佐人に日用品購入等で連携しながら支援につなげており、今後利用が必要な人があれば、管理者が窓口となり支援できる体制がある。	
9	(8)	○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、改定など書面などで納得されるまで説明し同意を得ている。	契約前には必ず見学を依頼し、パンフレット・料金表等を用いてサービス内容を説明している。契約時には重要事項説明書をはじめ、各種指針等を説明している。その人らしい生活の支援とリスクについて、理解が得られるよう努めている。改定時には説明会を開催し、書面での同意等、改定内容に応じて適切に対応している。説明会に出席できない場合には、電話などで説明を行っている。契約終了時には、契約書に沿って、利用者が円滑に継続的に支援が受けられるよう、関係機関に情報提供を行う等の支援に努めている。	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
10	(9)	○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	運営推進会議などに家族からの意見や要望も話しをしているし、職員間には申し送りノートに記載し共有して次に繋げている。	家族来訪時に近況を説明し、地域の花火大会時に事業所で家族と食事を共にする等、家族との会話の中から意見や要望を把握するよう努めている。写真添付の毎月のお便りで利用者の暮らしぶりを知らせ、意見や要望が出やすいよう取り組んでいる。意見や要望があれば、申し送りノートに記載し職員間で情報共有し、カンファレンス等で対応を検討し、支援や運営に反映させる仕組みがある。運営推進会議へ家族・利用者の参加を促し、外部者に意見を表す機会を設けている。	
11	(10)	○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	全大会議やアンケート調査を行い職員の意見や要望などを把握するようにしている。	処遇委員会が、職員アンケート調査を無記名で実施し、意見や要望・提案の把握に努めている。随時面談・職員会議・カンファレンス・日々の申し送り等を通して職員の意見や要望を把握している。車いす使用利用者の増加に伴い、玄関にスロープを設置する等職員の提案を運営に反映させている。管理者は、月2回実施される管理者会議に参加し、管理者や職員の意見・要望等を代表者に伝える仕組みがある。また、利用者との馴染みの関係継続が大切であると認識し、職員の異動は極力少なくするよう配慮している。	
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	徐々に改善出来るように努めている。		
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	外部の研修も計画を立てながら参加出来るようにしている。		
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	地域密着型サービス事業者連絡協議会などに参加して情報交換している。		

自己	第三者	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	本人や家族から色々情報を聞き取り、安心した生活が送れるように問題点を職員間でカンファレンスして共有し、信頼を得るように努めている。		
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	入居の際に家族の要望や困っている事を聞き取り、職員間でカンファレンスを行って共有し、より良い関係作りが出来るように努めている。		
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	今何が必要とされているかを見極めて柔軟な対応が出来るように努めている。		
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	ご利用者が負担と感じないような声かけやさり気なく寄り添う事により良い関係が築けている。		
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	面会時や電話などで状態を報告し、お互いに共有し合いながら皆で支えていく関係を築いている。		
20	(11)	○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	ご利用者が段々と重度化して出かけにくくなっているが、馴染みの美容院に訪問カットに来て頂いたり、知人が面会のおりにも再来訪を依頼している。	契約時に「フェイスシート」に馴染みの人や場所との関連事項を記載している。利用開始後に把握した情報は、申し送りノートに記録として残し職員間で情報を共有する仕組みがあり、介護計画にも反映させ支援に努めている。利用者の重度化が進み出向くのが困難となり、馴染みの理美容院に依頼して、訪問による関係継続の支援に努めている。入居前に利用していた作業所へ出向き、知人との交流機会を継続的に持つよう支援している。また、年賀状の投函等手紙のやり取りの支援を行っている。	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己 者 第	三	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
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	個々の想いもあるが、共通の話題を見つけて、一緒に出来る作業はして貰っている。		
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	こちらからは連絡を取りにくいですが、連絡があったら支援できるように努めている。		
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	(12)	○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	ご利用者や家族から情報を聞き取り、職員間で情報を共有し、利用者の立場になった視点で物事を考え、その都度状態に合ったケアを提供できるように取り組んでいる。	契約時に利用者・家族の思いや意向について聞き取り、フェイスシートの「利用希望」欄に、日々のコミュニケーションの中で把握した情報は、申し送りノートで情報共有を図り、必要に応じて介護計画書に反映させ支援に努めている。自ら思いや意向を訴えることが難しい利用者は、表情や行動から利用者の立場に立って思いや意向の把握に努め、また、耳が不自由な利用者には、ジェスチャーを交えて把握に努める等、個別支援に努めている。	
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	ご利用者や家族から情報を聞き取り、職員間で共有している。		
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	毎日の申し送りやカンファレンスなどで検討し把握に努めている。		

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
26	(13)	○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	ご利用者、ご家族のの要望を聞き取りながら、月末には担当職員がモニタリングを行い、更に3ヶ月～6ヶ月に1回モニタリングを見直す際には、主治医や看護師の意見を、計画作成担当者、担当職員、当日の職員でカンファレンスをしながら現状に合った介護計画を作成している。	フェイスシートを基にアセスメントを行い、利用者・家族の希望を踏まえて初回の介護計画を作成している。初回計画は3ヶ月後に、以降は、基本的には6か月ごとに、かかりつけ医、看護師等の意見を採り入れ見直しを行っている。利用者の状態や家族の意向に変化があれば、適宜現状に即した介護計画への見直しを行なっている。サービス内容の実施状況をケース記録、各種チェック表等で確認し、これらを基に毎月モニタリングを実施している。「入居者基本情報」で見直し前には再アセスメントを実施し、担当者会議と位置付けているカンファレンス時に職員から意見等を聴取し、計画の見直しに反映させている。担当者会議の内容は、カンファレンス記録に記載している。	介護計画書1表と個別具体的内容の2表の連動性が明確になることが望まれます。介護記録とモニタリングの連動性、また、介護計画見直しの際の家族・関係者等の意見が明確になる記録の工夫が望まれます。
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	日々の申し送りやカンファレンスなどを記録に残し職員間で情報を共有し見直しをしている。		
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	今何が必要かを見極めながら柔軟に対応している。		
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	イベントのある時は利用者と一緒に活用している。		

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>医療連携による毎週1回の訪問看護に来てもらい必要な時は連絡を取りながら往診や受診の対応をしている。又、年2回の健康診断を実施している。</p>	<p>利用者・家族の意向を確認し、意向に沿った受診支援を行っている。現在は、全ての利用者が、緊急時対応等の利便性から、協力医療機関をかかりつけ医としている。基本的に事業所が通院を支援し、必要に応じて往診を受ける体制がある。受診前にFAXで利用者の様子や状態を医師に伝え、受診結果は業務日誌に記載するとともに、家族に電話等で報告し、医療に関する情報の共有に努めている。訪問看護を受けており、必要に応じて看護師から協力医療機関への報告、連携を図る体制が整備されている。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>週1回の訪問看護時に報告や相談を行い、助言を受けている。</p>		
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入退院時は職員が同行し、介護サマリーを提供し、入院中も面会に行き、ご利用者の様子や、病院関係者からの情報を申し送りノートに記載し、職員間で共有している。</p>	<p>入院時には職員が同行し、「入居者基本情報」で本人の支援方法に関する情報を提供している。入院中は、洗濯支援とともに地域医療連携室等関係者と情報交換を行って早期の退院に向け話し合っている。退院前カンファレンスが開催されれば参加している。入院中に把握した情報は、業務日誌に記録として残すとともに、早期に元の生活に戻ることができるように体制・支援の整備に努めている。退院時には医療機関より看護サマリー等の提供を受け、退院後の支援に活かしている。</p>	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
33	(16)	○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、事業所ですることが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	入居時にご利用者、ご家族に重度化した時や終末期の在り方についても書面で同意を得ているし、変化があった場合も直ぐに報告している。看取りの指針も明文化している。	直近2年は看取りの事例はない。契約時に、指針で重度化・終末期に事業所が出来ること出来ないことを説明し、利用者・家族の意向を確認している。かかりつけ医が重度化段階と判断した時に、意向を再確認し、看取りの希望があれば、看取りに関する指針を説明している。介護計画の見直しを行い、意向に沿った支援に努め、経過はケース記録に記録している。毎年看取りについての全体研修があり、参加した職員が事業所で報告研修を行い職員に伝達している。	
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	定期的には行っていないが、マニュアルを作ったり、救命講習の研修をしている。		
35	(17)	○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回消防署員立ち合いのもと、夜間想定での総合訓練を職員、ご利用者全員参加で実施している。避難訓練を運営推進会議の時間に合わせて実施し、委員の方達に見学して貰っている。	年2回夜間想定で、火災に対する総合訓練を実施していることが記録から確認できる。訓練には、毎回消防が立ち合い、職員は全員参加を促し、利用者も参加して、現状に即した対応ができるよう訓練を実施している。訓練後、消防より助言を受けた事項を業務日誌で共有している。民生委員等運営推進会議メンバーの変更があれば、適時、非常災害時の対応を見学・確認してもらい、地域との協力体制整備に活かしている。3日分程度の食・飲料、カセットコンロ等を備蓄し、備蓄品・期限確認等を定期的に行っている。	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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	(18)	○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	ご利用者の個々の想いを大切に、職員間で何度もカンファレンスを行ったり、内部研修などで確認しあい、一人一人に合ったケアを提供し、重度化しても尊厳を配慮するように支援している。	研修を実施しプライバシーや尊厳への配慮を、認知症研修でも本人の尊厳を損ねないケアを学んでいる。実践に向けた意識付けを行い、排泄や入浴時に尊厳やプライバシーの確保だけでなく、羞恥心への配慮も意識して支援している。写真は、ホームページ・広報誌・お便りに区分して同意を得て使用している。個人情報に記載された書類は、事務室の施錠できる引き出しに保管している。入職時に、守秘義務については誓約書を交わしている。	
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	自己決定出来ない方は自分だったらどう思うかと常に置き換えて行動しているし、自己決定できる方は、その思いに添えるように努めている。		
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	個々の想いを大切に支援している。		
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	個々の想いを大切に支援している。		
40	(19)	○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	食器拭きなど出来る事はご利用者と一緒に行っている。飲み物も好みに合わせて提供しているし、身体状況によって、刻みやミキサー、トロミ剤を使用している。	委託業者が調理した食事の提供を受け、利用者の嚥下や咀嚼に応じて食事形態を事業所内で変更している。業者がアンケートを行い、献立・味付け等について意見要望を把握している。近隣の住民から提供を受けた野菜・果物等は、旬の食材として活用している。利用者が食器拭きや片付等に参加できる場面づくりに努めている。個別の支援プログラムなどで外出の機会を設け、外食が楽しめるように工夫している。誕生日には、利用者全員でケーキで祝っている。地域の花火大会には、家族を招いて共に食事を楽しむ機会づくりを継続している。	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	第三者	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
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	ご利用者の身体状況を把握し、記録しながら柔軟に支援している。		
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に、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	毎食後に口腔ウェッティ―や歯ブラシを使用して、個々に合った口腔ケアを実施している。		
43	(20)	○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	個々の排泄のパターンを把握し、時間を決めて声かけで促したり、重度の方でも日中は紙パンツで対応し、トイレで排泄して貰えるようにしているし、パッドの大きさや種類を検討しご利用者やご家族の負担が軽減するように支援している。	排泄チェック表により、個別の排泄パターンを把握し、体調に合わせて、可能な限りトイレ誘導を行い排泄の自立に向けた支援に努めている。カンファレンスで排せつ用品使用の適正化に向け検討し、夜間は紙おむつでも日中はリハビリパンツを使用する等、できる限り排泄用品の使用を必要最小限となるよう取り組み、家族への負担軽減にも努めている。居室での介助時にはカーテンは必ず閉める等、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。水分摂取や飲食物の工夫などで自然な排便を支援するように努めている。	
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	飲食物などで工夫し、予防に取り組んでいる。		
45	(21)	○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	重度の方は2人介助で安心して入浴して頂けるようにしているし、季節感を味わって楽しんで入浴して頂けるように支援している。	入浴チェック表で入浴状況を把握しながら、基本的には週2回入浴できるよう支援しているが、希望等があれば可能な限り対応している。重度の方も、二人介助で安心して入浴できるよう支援している。入浴介助時には担当職員のみでの介助等でプライバシー・羞恥心等に配慮し、異性介助を嫌がる人は同性介助で支援している。入浴を嫌がる人には、声かけのタイミングや、介助の職員を変える等、個々に工夫を行っている。菖蒲湯やゆず湯なども採り入れて、季節感や風習を大切にした入浴支援に努めている。	

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	者	第三	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
46			○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	身体状況に応じて居室で休んで頂いたり、リビングのベッドで休んで頂いたりしている。		
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	ご利用者の身体状況を把握し、記録に残しながら支援している。		
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	ご利用者の生活歴を把握し、少しでも楽しい日々が過ごせるように支援している。		
49	(22)		○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	ご利用者が重度化されたが、花見や外食など出来るだけ外出の機会を設けている。重度の方も庭で皆さんと一緒におやつを食して頂けるように支援している。	業務日誌で個別の外出状況を把握しながら、利用者の希望・体調等に沿って近隣への散歩等に日常的に出かけている。事業所前の庭で季節の花や樹木等を眺めながら、お茶やおやつを楽しむ機会も設けている。車いす利用者等重度の人も公用車を活用して外出機会を増やすよう努めている。花見・チューリップ祭り・近隣の庭園見学とともに、通院時にも季節の花を観賞する機会を設けている。	
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	以前は一部の方が所持されて買い物など行かれていたが、重度の方が多くほとんどの方は出来ていない。		
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	希望者には電話の取次ぎはしている。年賀状は出して貰っているが、やり取りまでは至っていない。		

認知症高齢者対応型グループホームくりあん

自己	者	第三	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
52		(23)	○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	いつも整理整頓を心掛けているし、季節の花や、行事の飾り付けをしたりして、心地よく生活が送れるように工夫している。	利用者が安全に2階から階下に降りて共有空間で過ごせるよう、昇降機を設置している。利用者とともに七夕やクリスマスなどには季節毎の飾りつけを行っている。近隣住民や職員が届けたり、事業所の庭で咲いた生花を飾り、季節感を採り入れている。リビングの畳のスペースを活かしての洗濯たたみや、共有スペースでのおやつ作りで生活感を採り入れている。職員は、さりげない声かけを行うことを心がけ、利用者が落ち着いて居心地よく共用空間で過ごすことができるよう配慮している。	
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	個々の想いを尊重し、限られたスペースのなかで工夫している。		
54		(24)	○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	入居の際には、以前使用されて愛着のある物を持ち込みして頂き、戸惑いを少なくして早く馴染めるように工夫している。	居室は全て畳敷きであり、生活習慣を活かした生活を大切にしたい支援に努めている。カーテン・エアコン・クローゼットは備え付け、ADLの状況に応じたレンタルベットの導入を行っている。自宅で使用していた家具や、思い出のある仏壇・置き物などの持ち込みを勧め、居心地よく過ごせるよう支援している。掃除チェック表で、それぞれの居室の清掃状況を確認しながら、清掃は利用者ができる範囲で行ってもらい、状況に応じて職員が支援して快適な居室づくりに努めている。	
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	ご利用者が少しでも戸惑いが無くなるように努めている。		