

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	サテライト型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 3年 12月 6日	評価結果市町村受理日	令和4年4月26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 3年 12月 16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。 個々のご利用者にあったケアの提供。</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)】

<p>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。1ユニット利用者9名のグループホームで、法人施設のサテライト型事業所として位置付けられている。利用者を個人として尊重し、日々の暮らしの中で出来ることは参加を支援し、一人ひとりの個性や主体性を大切にしながら、役割と生きがいを持って「終の棲家」(理念)で自立した生活を送れるよう個別ケアを継続している。会議・研修・委員会活動の体制が整備されて機能し、記録も整備されている。協力医療機関・訪問看護師等と連携しながら医療連携体制を整備し状況変化に迅速な対応を行い、利用者・家族が安心して過ごせるように支援している。職員の定着も良い。</p>
--

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 3. 利用者の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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				

自己評価および第三者評価結果

自己	者三	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
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、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。	事業所独自の理念を、日常的に視覚で確認できるようキッチン・リビングの見やすい位置に掲示し共有している。新入職者には、新人研修時に事業所理念を説明し、理解を図っている。職員会議・カンファレンス・申し送り等で、利用者個々のケアについて話し合う中で理念に立ち戻る機会を設け、理念の実践につなげるよう取り組んでいる。日々のケアで、「終の棲家」(理念)としての支援が実践できるよう努めている。	地域密着型サービスの役割・意義等を理念に取り入れる事を検討してはどうか。
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	買い物などは近隣の店舗を利用、年末の自警団・秋祭り等への協賛などで交流している。	通常は、地域への散歩、ボランティアの受け入れ・収穫した野菜等の差し入れ・秋祭りでは神輿の来訪を受ける等、地域交流、地域貢献に取り組んでいる。現在は上記は休止しているが、近隣の店舗への買い物、運営推進会議に参加している区長を通じて秋祭り・自警団への協賛、近隣の高校実習生の受け入れ等、可能な範囲で地域とのつながりが継続できるように努めている。	
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に支援の方法など協力できる事を発信している。		
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	2カ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見ていただきながら報告し、地域の方からも情報をいただきながら現場に反映できるようにしている。	利用者、家族代表・区長・老人会代表・福祉委員(知見者)・地域包括支援センター職員等を構成メンバーとして、2ヶ月に1回開催している。令和3年度は、7月・11月は公民館で対面開催し、式次第・写真を用いて、利用者状況・予防対策等事業所の取り組み・身体拘束適正化委員会の報告・質疑応答等を行い議事録を作成している。開催休止時は、2ヶ月間の事業所の取り組み・利用者状況等を報告書としてまとめ、構成メンバーに郵送して書面会議としている。議事録ファイルは玄関に設置して公開している。	報告書に返信用紙等を同封し、構成メンバーからの意見や情報を収集して次回の議事録で共有する等、書面会議でも意見・情報交換しサービス・運営に活かされてはどうか。また、書面会議時の報告書も議事録として公開されてはどうか。

サテライト型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
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をしたり、他事業所の事業報告なども参考にしている。	市役所が近くにあり、高齢介護課と日常的に訪問・電話等で連携を密にしている。運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、市と連携している。コロナ感染予防対策やワクチン接種に関して、市からメール等で情報提供を受け事業所での感染予防対策に反映している。緊急事態宣言時期以外は、月1回市から派遣される介護相談員を受け入れている。市の法改正説明会・地域密着型サービス事業者連絡協議会開催時には参加して、市から助言、情報提供を受け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カ月に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、身体拘束をしないケアを実践している。「身体拘束等の検討委員会」を、基本的に2ヶ月に1回、少なくとも3ヶ月に1回開催し、拘束事例の有無の報告・スピーチロック防止の意識付け等を行っている。利用者個別の適正化に向けた検討は、日々のカンファレンスで実施している。委員会議事録・カンファレンス会議録は、閲覧により周知を図っている。令和2・3年度は、共に動画視聴による「高齢者虐待・身体拘束について」研修を実施し、身体拘束をしないケアへの理解を深めている。研修報告書を法人で一括管理し、事業所毎の「職員研修計画及び実績一覧表」で、職員全員の受講を確認している。玄関の施錠は夜間のみとし、昼間は開錠して利用者に閉塞感を与えないよう努めている。	委員会の議事録について、参加者・欠席者が明確になり、周知状況が確認できる仕組みづくりが望まれます。
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回の内部研修等で学ぶ機会を設けている。常に虐待をしない、見過ごさない意識を持ち防止に努めている。	「虐待防止」についても、上記「身体拘束適正化」と同様、委員会で虐待防止について話し合い、委員会・研修を通じて意識向上を図っている。気になる言葉かけ等があれば、都度管理者から、また、カンファレンスや職員会議等で、助言や注意喚起している。管理者は日常会話の中での相談等、相談しやすい関係づくりに努め、相談対応や随時面談の機会を設けている。また、利用者・職員共に負担にならないケアの配慮や認知症ケア研修の実施等、職員のストレスや不安等が利用者へのケアに影響しないよう努めている。	

サテライト型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
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	施設全体の研修に参加し、内部研修にも学ぶ機会を設けている。	令和2年度に、動画視聴による「成年後見制度について」研修を実施している。現在、法定後見制度の保佐段階の利用者があり、保佐人と連携しながら財産管理等で制度利用を支援している。実務を通して学ぶ機会もあるが、理解については個人差がある状況である。今後、制度利用の必要性や家族等からの相談があった場合は、管理者が窓口となり社会福祉協議会・地域包括支援センター等関係機関と連携して支援する体制がある。	今年度も、権利擁護に関する制度について、職員全員が一定レベルの知識を得ることができるよう学ぶ機会を設けることが望まれます。
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	契約の終結・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。	入居希望があれば、諸要件(抗原検査等)を満たした上で見学対応し、パンフレット・料金表等を用いてサービス内容・利用料金等を説明している。事前に疑問点等が把握できるよう、契約前に契約書を提供している。契約時には契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を用いて、家族のニーズに沿って詳しく説明し、文書で同意を得ている。法改正以外の改定時には、説明会を開催し、欠席者には電話で説明し、書面で同意を得ている。法改正による改定時には、書面を郵送して同意を得る等、改定内容に応じて対応している。	
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合いができており、職員には申し送りノートに記載し共有して次に繋げている。	通常は、家族面会時・サービス担当者会議時・運営推進会議・花火大会での家族交流時等に、利用者の様子や事業所の取り組み等を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。現在は、電話連絡時に近況を報告し、毎月のお便りで、写真を添付して利用者の暮らしぶりを知らせ、家族が意見等を表しやすいように努めている。家族から面会についての要望が多く、11月から諸要件を満たした上での面会制限緩和で対応している。個別の内容は申し送りノートで共有し、カンファレンスで対応を検討し支援に反映できるよう取り組んでいる。介護相談員の受け入れや、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。	

サテライト型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
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	全体会議や聞き取りなどで職員の意見や要望などを把握するようにしている。	日々の申送りやカンファレンスで業務課題や運営に関する気づきを共有し、毎月開催する職員会議で、課題解決に向け検討している。職員会議の前にレジュメを作成して職員に議題を伝え、職員の意見・提案が出やすいよう工夫している。福祉用具の購入等設備面での改善提案が多く、利用者・職員の負担軽減のための提案を運営やサービスに反映させている。管理者は、月1回開催される管理者会議に参加し、管理者や職員の意見・要望を施設長・理事長等に伝える仕組みがある。		
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	徐々にではあるが改善でき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	未経験の新人職員についてはコロナ禍でもある為外部研修は中止、介護福祉士資格保持者である主任・リーダーを中心にマンツーマンで指導している。			
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意見・情報交換している。			
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	本人や家族から情報を聞き取り、安心できる生活が送れるよう問題点を職員でカンファレンスをして共有。信頼を得られるよう努めている。			
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	入居の際に家族の要望や困っている事を聞き取り、職員でカンファレンスをして共有している。より良い関係作りができるよう努めている。			

サテライト型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
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	何が必要であるかを見極め、柔軟な対応ができるよう努めている。		
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	ご利用者が負担に感じない声掛け・さりげない寄り添いをする事で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	お便りや電話等で状態報告をし、お互いに共有し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	ご利用者の重度化が進んでおり、またコロナ禍でもある為外出が出来ずにいる。馴染みの美容院に訪問カットに来て頂いたり、知人からの手紙などで支援に努めている。	馴染みの人や場所についての情報は、自宅訪問時に聞き取り、「フェイスシート」「申し送りノート」「入居者基本データ」等で共有している。入居者基本データは、随時更新し職員と共有している。通常は、家族・友人等の来訪、秋祭りでの地域の人との交流等、馴染みの人との関係継続を支援している。自宅や馴染みの場所への家族との外出も支援している。現在は、諸要件付きの面会、馴染みの理美容院による訪問理美容、馴染みの店への買い物、感染予防対策を徹底しての地域へのドライブ、家族対応のかかりつけ医への受診支援等、可能な範囲で関係継続支援に努めている。また、年賀状のやり取りの支援を行っている。	
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、お互いの興味があるような話題を見つけ、また一緒に作業ができるように支援している。		
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	連絡があれば相談や支援に努める。		

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
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、利用者の立場に立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。	入居前に利用していたサービス事業所からの情報活用や、日常の会話・サービス担当者会議時に、利用者の思いや意向の把握に努めている。把握した内容は「フェイスシート」の利用希望欄や、申し送りノートで情報共有している。内容に応じて、カンファレンス・職員会議でも共有し、支援に反映できるよう努めている。意思疎通が困難な場合は表情や反応から推察し、家族からの情報も参考にしている。耳が不自由な利用者には、ジェスチャーを交えたり、筆談を活用して意向の把握に努めている。	
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	ご利用者や家族に聞き取り、職員間で情報を共有している。		
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変化に察知し、検討し把握に努めている。		
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・家族の情報を聞き取り、月末には担当職員がモニタリングを行う。3カ月～6カ月に1回モニタリングの見直し際には主治医や看護師の意見、計画作成担当者、担当職員、当日勤務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」・「入居者基本データ」等をもとに、暫定の介護計画を作成している。その後、約3ヶ月間の利用者の行動観察・介護状況等を踏まえ「ケアの確認」を行い、初回の介護計画を作成している。介護計画・入居者基本データ(随時更新)をリビングに設置し、計画の理解と周知を図っている。サービスの実施内容は、介護記録・各種チェック表に記録し、毎月末に、担当職員が短期目標毎にモニタリングを実施している。利用者の状況や家族の意向に変化があれば随時、定期的には6ヶ月毎に更新している。更新時には、6ヶ月モニタリング結果と「入居者基本データ」による再アセスメントをもとに、計画作成担当者・担当職員・当日勤務の職員と管理者同席のもと、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族の希望、医療関係者・担当職員等の意見を集約して介護計画に反映している。	計画にもとづいたサービス実施を記録し、検証できる記録の工夫が望まれます。 定期的な介護計画の見直し時期に合わせた再アセスメントの実施が望まれます。 利用者・家族の意向や、かかりつけ医・看護師等関係者の意見についても、議事録に記録してはどうか。

サテライト型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
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	毎日の申し送りやカンファレンスなどで記録に残し、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	ご利用者にとって今何が必要かを見極め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	イベントのある時などはご利用者と一緒に活用していたが、コロナ禍の為出来ず。		
30	(14)		○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	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。	入居時に意向を確認し、利用者・家族の希望に沿った受診を支援している。基本的には、協力医療機関（内科）への通院により適切な医療を受けられるように支援しているが、状況に応じて協力医療機関から往診を受けている。通院は家族の同行を基本としているが、状況に応じて職員が同行支援している。受診前にFAX・手書きのメモ等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し、医療に関する情報共有に努めている。状況に変化があれば協力医療機関へ報告し、迅速に対応できるように支援している。他科受診時にはかかりつけ医から「紹介状」で情報提供している。訪問看護体制を整備しており、必要に応じて看護師から協力医療機関への電話報告等を行い連携を図っている。	
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	毎週1回の訪問看護時に報告や相談をし、助言を受けている。		

サテライト型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
32	(15)		○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。	入退院時は職員が同行・介護サマリーを提供している。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。	入院時には職員が同行し、「介護サマリー」で情報提供している。通常は、入院中に面会に行き地域医療連携室等関係者と連携を図っている。現在は、主として電話で病棟看護師と情報交換を行い、早期退院に向け支援している。通常は、退院前カンファレンスが開催されれば家族とともに参加しているが、現在は電話で病院でのカンファレンス結果を把握している。把握した情報は、業務日誌・申し送りノートで共有し、カンファレンスで退院後の支援方法や対応策を検討している。退院時には医療機関より看護サマリー等の提供を受け、必要に応じてカンファレンスで介護計画の見直しを検討している。	
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、家族に重度化に陥った場合や終末期の在り方など書面で同意をもらっている。変化があれば直ぐに連絡をしている。看取りの指針も明文化している。	契約時に「急変時・重度化時事前意思確認書」(指針)と「医療行為の用語説明」で、重度化や終末期の事業所対応について分かりやすく説明し、意向確認し同意を得ている。重度化を迎えた段階で、管理者同席で家族が主治医から状況説明を受け、意向確認を行っている。看取りの意向があれば、再度看取りに関する指針を説明し、今後の支援方針の話し合いと方針の統一を図っている。サービス担当者会議を開催して看取りに向けた介護計画を作成し、家族の意向に沿った支援に努めている。家族対応や支援についての経過は、「カンファレンス記録」「介護記録」に記録している。法人で看取りに関する全体研修を実施し、家族や職員へのグリーンケアも実施している。	
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	定期的マニュアルの見直しをし、また救命講習の研修を実施している。		

サテライト型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
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回の消防署員立ち合いのもと、夜間想定での総合訓練を全職員・全ご利用者参加で実施している。	通常は、毎年度2回夜間想定で、消防立ち合いで火災に対する総合訓練を実施している。訓練は、職員が現状に即して緊急・非常時の対応ができるよう全員参加を促し、利用者も参加して実施している。令和3年度は、現時点で夜間想定訓練を1回、全職員・利用者参加で実施し、訓練実施後職員で課題等を話し合っている。運営推進会議メンバーである区長を通じて消防団との協力関係を築いている。事業所で、3日分程度の水・おかゆ・アルファ米、使い捨て食器、カセットコンロ等を備蓄し、管理者が責任者となり、防災委員が備蓄内容・期限確認等を定期的に行っている。法人として、マスク・ガウン・消毒液等を共同備蓄している。	避難訓練実施後は、訓練の評価・振り返りを行って実施記録を作成し、次回訓練に活かすことが望まれます。	
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し、職員間で何度でもカンファレンスを行う。また内部研修などで話し合い、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支援している。	法人での新入職者研修「プライバシーポリシー」・「接遇マナー」、事業所での「高齢者虐待・身体拘束」・「プライバシー保護」・「認知症ケア」等の研修の中で、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について学ぶ多様な機会を設けている。「身体拘束等の検討委員会」でも、不適切な対応の未然防止に向け取り組んでいる。契約書等は事務所に施錠保管している。写真使用については、ホームページ、広報誌、お便りに区分して同意を得、使用時は都度「個人情報使用同意一覧」で使用の可否を確認する等、個人情報・プライバシー保護に取り組んでいる。		
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	自己決定出来ない場合は常に自分に置き換え行動している。自己決定できるご利用者には思いに寄り添えるよう努めている。			
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し、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。			

サテライト型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
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ことはご利用者と一緒に行っている。飲み物も好みに合わせ提供している。身体状況によって食事内容を替えて、水分にはとろみを使用している。	委託業者から届いた調理済みの食事を、事業所で温め盛り付けて提供している。献立に季節感や行事食の配慮があり、おせち料理等は行事委員会が別途準備し季節感を工夫している。炊飯は事業所で行い、ミキサー食や刻み食等食事形態にも事業所に対応している。飲み物も好みに合わせ提供している。法人本部で検食を行い、業者も週1回法人担当部署を訪問して意見交換を行い、献立や調理に反映できる仕組みがある。参加可能な利用者には、食器拭き・後片付け等に参加できるように支援している。パーベキュー大会を開催する、誕生日には全利用者がケーキで祝う、外食する等、変化を楽しむ機会を設けている。(外食は現在は休止している。)	
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	ご利用者の身体状態を把握し、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、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	毎食後に歯ブラシや口腔ウェットティッシュを使用。ここ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	ご利用者個々の排泄パターンを把握し、時間を決めて声掛けで促している。重度の方でも日中は紙パンツで対応・トイレで排泄してもらうようにしている。パッドの大きさや種類を検討しご利用者や家族の負担が軽減できるよう支援している。	排泄チェック表で利用者個々の排泄状況やパターンを把握し、重度の利用者も定時誘導を行い、日中はトイレでの排泄を支援している。夜間は、安眠にも配慮し、ポータブルトイレの設置等利用者個々の状況に応じた支援を行っている。介助方法や排泄用品の使用等、日常的な支援方法について気づきがあれば、「申し送りノート」で経過を共有しながらカンファレンスで検討し、現状に即した支援につなげている。誘導時の声掛け・ドアの開閉・タオルの使用等、プライバシーへの配慮に努めている。	

サテライト型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
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、場合によっては下剤などを使用し便秘予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	重度のご利用者には2人介助にて安心して入浴していただいている。また入浴剤などを使用したり季節感を味わっていたけよう支援している。	週2回の入浴を基本とし、利用者個々の体調や気分に合わせて柔軟に対応し、「入浴チェック表」で入浴状況を把握している。日や時間帯等の希望等があれば、可能な限り対応している。重度の利用者も、介助用具(入浴用ネット)を活用し二人介助で安心して入浴できるよう支援している。担当職員による入浴介助でプライバシー・羞恥心等に配慮し、同性介助の希望にも応じている。入浴を嫌がる利用者には、声かけ・タイミング・対応職員等個別の配慮で対応している。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い入浴支援に努めている。また、保湿剤入り入浴剤の使用等、入浴が楽しめるよう工夫している。	
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	身体状況に応じて居室で休んで頂いたり、リビングにあるベッドで休んで頂いている。		
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、記録に残しながら支援している。		

サテライト型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
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	コロナ禍の為外出が出来ず。接触が少ないドライブであったり、中庭でお花見会をするなどできるだけ気分転換ができるよう支援している。	通常は、近隣への日常的な散歩・花見・チューリップ祭り・花火大会見物等に出かけている。コロナ禍のため通常の外出は休止しているが、時間帯や場所を選び、感染予防対策を徹底して、降車を伴わない近隣へのドライブ、受診等、可能な範囲で外出支援を継続している。また、つつじ・モクレン等の中庭での花見会や、年2回の事業所前の広い中庭でのバーベキュー大会の機会を設ける等、行事内容を工夫し利用者が戸外で楽しめるよう努めている。	
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	重度のご利用者が多く、ほとんどのご利用者ができていない。		
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	電話や手紙のやり取りの希望がない為、支援は行っていないが希望があれば支援する。		
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	常に整理整頓を心掛けている。季節の花や行事の飾り付けなどをして心地よく生活が送れるよう工夫している。	リビングに昇降機を設置し、2階に居室のある利用者も安全に1・2階間を昇降し、共有空間で過ごせるよう配慮している。加湿器の設置、「掃除チェック表」を活用した清掃の徹底、換気・消毒の強化等、衛生的で快適に過ごせるよう取り組んでいる。法人としても、防災衛生安全対策委員会が「5S活動」を通じて美化に取り組んでいる。玄関・リビングには生花を飾り、七夕やクリスマスなどには利用者とともに季節毎の飾りつけを行い季節感を採り入れている。畳のスペースでの洗濯たたみ・レジ袋たたみ、調理過程や居室の清掃等、家事参加を通じて生活感が感じられるよう支援している。	
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中で工夫している。		

サテライト型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
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	入居時にご利用者の使用していた馴染みのあるもの、愛用していたものなどを持ち込んで頂き、戸惑いを少なくして早く馴染めるように工夫している。	1階6室、2階3室全て畳敷きの居室で、畳を活かした生活を大切にした支援に努めている。カーテン・エアコン・クローゼットが設置されている。テレビ・椅子等の使い慣れた家具や、家族の写真・手紙・化粧品・色紙等の好みのものが持ち込まれ、居心地よく過ごせる環境づくりを行っている。持込の少ない利用者には、事業所の家具・備品等を提供し生活感が感じられるよう支援している。担当職員を設け、掃除・整理整頓、家族と相談しながら衣替えや寝具の準備等の支援を行っている。	
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。		