

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	2891000057		
法人名	株式会社nomane		
事業所名	metoo芦屋		
所在地	兵庫県芦屋市打出町6-4		
自己評価作成日	令和4年4月15日	評価結果市町村受理日	令和4年8月12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4年4月27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)】

どのような介護の場面においても、ご利用者様の立場に立って笑顔と優しさ・思いやりを忘れず、なお安心のある介護を提供しています。また、心と体に残っている「生きる力」を発揮できるよう援助しています。住み慣れた地域の中で、その人らしい穏やかな暮らしをサポートしています。特に力を入れている点では、残存機能を生かした介助方法と残存機能の維持のためにご利用者様が出来ること、お得意なことをピックアップシケアにあたっています。可能な方には、生活リハビリを行い、身体能力が弱り、必要な方には、個別に機能訓練を行っています。毎週日曜には、デイサービスのマシーンを使用し、身体機能の維持を図っています。週1に1回にフロアごとのおやつ作りなどのレクリエーション、月に1回2・3階の合同レクリエーションを行っています。

【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)】

有料老人ホーム・小規模多機能型居宅介護事業所との複合施設内にあり、フロアのエレベーターホール(ソファスペース・赤外線足湯・平行棒)や1階のリハビリスペースも活用し生活空間が広くとられている。通常の外出や交流は困難であるが、週に1回各フロア企画で、月に1回フロア合同でレクリエーションを実施し、体操や歌を日課とし、計画をもとに毎日フロア内で機能訓練を行う等、日常生活の中で楽しみながら心身機能の低下が予防できるよう取り組んでいる。利用者個々の生活歴や意向を共有し、その人らしい生活が継続できるよう個別支援に取り組んでいる。研修・カンファレンス・委員会体制を整備し、職員の資質向上、利用者の生活向上につなげている。

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	者 第	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	自立支援を目指し社会に貢献できるように皆で話し合い、共有して実践に繋げている。全職員は理念を意識しながら行っている。システム上で閲覧できるだけでなく、フロア日報で理念実現のための月間目標を設定し取り組んでいる。	法人の理念・基本方針を共有し、システム内掲示、カンファレンス・研修・委員会等を通して、共有を図っている。基本方針の中に、地域密着型サービスとしての意義を明示している。理念・基本方針をもとに事業所の「月間目標」を設定し、職員がシステム内の日報で振り返りを行い、施設長・管理者も確認し、理念・基本方針の実践に取り組んでいる。	
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	自治会に入会して、自治会の総会に出席したり、月に一回の地域の清掃活動や地域の祭りのお手伝いにも参加していたが、コロナ禍により、祭りが開催されていない為、地域の祭りのお手伝いには参加できていないが、清掃活動には参加している。地域のキッチンカーに施設エントランスに来ていただき、焼き芋を利用者様に召し上がっていただくとともに、車内と車外という形で交流いただいた。	コロナ禍以前の地域への外出・地域行事への参加・ボランティアの受け入れ等は休止しているが、地域のキッチンカーの利用、地域からの相談対応窓口の設置等、可能な方法で地域とのつながりが持てるよう取り組んでいる。相談対応窓口は自治会と連携して設置し、施設の広報誌「ノマネ通信」に掲載して、地域の医療福祉関係機関やコンビニエンスストアに配布し、地域に向けて情報を発信している。	
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	以前はできていたが、感染予防の為開放されていないため、新たに自治会と協力してご家庭で介護されている方々向けに、電話による相談窓口を設け、コミュニケーション誌「nomane通信」やチラシを作成し、関係機関に置いていただき広報を行っている。		

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
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、3ヶ月に1回、運営推進会議を開催して、事業所の運営状況や事故件数・内容の報告・イベントの報告を行っていたが、コロナ禍により開催できていないので、2か月に1回、報告資料を作成し郵送している。メンバーは自治会長・家族代表者・福祉推進委員・民生委員・市町村職員・地域包括センター職員等多岐に渡っている。	コロナ禍以前は、2ヶ月に1回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で運営推進会議を開催していた。令和3年度は運営推進会議資料を作成し、構成委員(家族代表・自治会長・民生委員・福祉推進委員・市役所職員・地域包括支援センター職員)に郵送して、利用者状況・事故・行事・予定・コロナ対策等を報告している。令和2年1月開催時までの議事録はエレベーターホールに設置して公開している。	会議資料に返信用紙等を同封する等、構成委員から返信された意見や情報を次回の会議資料で共有する等、書面開催でも意見・情報交換できるよう工夫されてはどうか。また、議事録の公開と同様に、個人情報に配慮の上、会議資料も公開されてはどうか。
5	(4)		○市町村との連携 市町村担当者とは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	コロナ禍により面談は行えないため、市町村担当者には、電話やメールで日頃のケアサービスの取り組み方、困難な事例について報告し、相談や助言をいただき、協力関係を築いている。 週に2回は必ず職員が芦屋市へ出向き、メールボックスを確認して連携を図っている。また、2か月に1回実施している市主催の調整会議にも感染予防の為、郵送で送っている。	運営推進会議資料を市役所・地域包括支援センターに郵送し、利用者・事業所の状況報告を行っている。事業所の介護支援専門員が週2回メールボックス確認のため市役所を訪問し、情報提供を受けている。市からのメールでも随時情報提供があり、また、問い合わせ事項があれば担当窓口から回答や助言を受け、事業所運営やコロナ対策等に反映できるよう取り組んでいる。	
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	リスクマネジメント委員会の中で3か月に1回、身体拘束虐待委員会を開催し現状把握・改善策を検討し、さらに身体拘束研修会を年2回行っている。6月18日より家族の同意を得たうえで身体拘束をmetooの方で実施しているため、身体拘束用の介護記録・支援経過を記録し残している。できる限り早期に解除できるよう努めている。	「身体拘束ゼロ推進マニュアル」を指針として整備している。施設合同の「リスクマネジメント・身体拘束防止委員会」を月に1回開催し、身体拘束の解除に向け検討している。委員会の議事録は、システム内とフロア内回覧により職員に周知を図っている。令和3年度は身体拘束・高齢者虐待防止についての研修として、不適切ケアについての動画研修、グレーゾーンについての問題形式の研修を実施している。各研修を2回実施し、受講者は研修報告書を提出している。参加できなかった職員には、資料配布と研修報告書提出により周知を図っている。外出が困難な状況であるが、ユニットのドアは開放し、エレベーターホールのスペースを活用して閉塞感を感じないよう支援している。	

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
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	<p>新入職員には、法人新入職員研修に参加してもらい、必ず虐待防止の研修を受講させている。施設内でも年2回の虐待防止研修を実施し全職員参加を義務付けている。又、虐待防止のために環境作りにも努め、職員間で意見交換をしている。</p> <p>虐待防止委員会を定期的開催し、虐待防止に向けて取り組んでいる。夜勤者には専用のコミュニケーションノートを作成し、ストレスの緩和およびケア品質の向上に役立てている。</p>	<p>上記、身体拘束適正化と同様に、研修と委員会により高齢者虐待・不適切ケアの防止に向け取り組んでいる。気になる言葉かけや対応があれば、フロア内の職員間で注意喚起する環境作りに努め、不適切ケアにつながらないよう意識付けを行っている。介護上の課題や検討事項があれば、随時カンファレンスで検討し、夜勤者は「夜勤者コミュニケーションノート」で情報交換する等、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでいる。</p>	
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	<p>随時、管理者研修・認知症実践者研修に参加する機会を設け、必要な方に活用・支援できるように努めている。あらたに成年後見人制度採用案件が2件発生したので、成年後見人制度についての研修を開催予定である</p>	<p>成年後見制度を利用している利用者があり、後見人に金銭管理や心身状況についての報告を行う等、制度利用への支援を行っている。今後も、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と連携して支援できる体制がある。</p>	<p>管理者は、今後も成年後見制度利用の事例が増えることを想定し、来年度の研修実施を予定しています。職員全員が制度について一定の理解が得られる研修の実施を期待します。</p>
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	<p>主に見学時、サービス開始前に時間をかけて、分かりやすい言葉で十分な説明を行い、最後にご不明点や質問事項を授けご理解いただけるよう努めている。</p>	<p>見学時に、パンフレット・料金表等を用いて、グループホームの特徴、できる事出来ない事、利用料金内訳等を詳細に説明している。また、利用者・家族の意向等も聴き、その内容に即した説明も行っている。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書・指針等に沿って説明し、要点を確認しながら理解が得られるよう努めている。契約内容の改定時には、事前にメールや電話で変更内容を説明し、「覚え書」を郵送し文書で同意を得ている。</p>	

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
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	運営推進会議をはじめ、ご家族様の面会時や担当者会議の際に、ご意見や要望を尋ね、要望に沿ったケアを実施できるようにしている。	家族の来訪時・面会時(時期に応じて、玄関ホールで)・電話連絡時・メール等で近況を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。施設が発行する「ニュースレター」(写真を掲載して行事や生活の様子を伝える)、「家族便り」(利用者担当職員が個別コメントを記載する)を毎月郵送し、意見・要望が出やすいよう取り組んでいる。個別の内容については、申し送りノートで共有し、支援に反映できるよう取り組んでいる。	
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	何かあれば、職員から相談をし検討や助言をしてもらっている。又、フロア一会議を実施し、会議の前には職員から「事前シート」で意見や提案を出してもらい話し合っている。また、年2回以上、実施する面談において、職員目標管理表を用いて、個人個人の職員の貴重な意見を聴く場を設けている。	各フロアで月に1回以上フロアカンファレンスを実施し、職員の意見・提案を利用者のケアや介護計画に反映できるよう取り組んでいる。カンファレンス前に、「事前聴き取りシート」で職員の意見・提案を集約できるよう工夫している。日々の検討事項や共有事項等は、申し送りノートで検討・共有している。各種委員会(経営会議衛生、褥瘡感染症対策、ケア向上、リスクマネジメント・身体拘束、レク・ニュース、美化清掃)を、施設合同で月に1回実施し、事業所からも委員が参加し、職員の意見・提案を、運営・管理・サービス向上等に反映できるよう取り組んでいる。カンファレンスや委員会の内容は、システム内や議事録の回覧で共有を図っている。定期的、随時にも、管理者が個別面談の機会を設け、職員の意見を個別に聴く機会も設けている。	
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	労働管理責任者が査定と評価を行い、個別に面談している。年次有給休暇は消化できるよう働きかけ、勤務時間帯もフロア毎で変更できる仕組みを設け、働きやすい職場環境作りに取り組んでいる。		

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	
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	採用時には、入職者研修を実施している。施設内でも、毎月1テーマの研修を回数分けて実施し、多くの職員が研修に参加できるように取り組んでいる。又、職員目標管理表を用いて実施する面談において業務の中で各職員の成長に繋がるそれぞれの目標を見つけて取り組んでいる。希望の社外研修にもできる限り参加できるよう配慮している。			
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	芦屋市事業所連絡会グループホーム部会を年3回合同で行っていたが、感染予防の為実施できていない。現在はメールでのやり取りと情報共有をしており、リモートでの会議も検討していたが、他施設の人員不足や業務の忙しさにより、開催できていない。			
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	ご本人様及びご家族様にゆっくりにとお話を聞く機会を設け、ご本人様が何に困っていて、何に対して不安を感じているのかをしっかりと受け止め、少しでも不安を軽減できる様、安心して暮らして頂けるように配慮している。			
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	ご家族様が困っている事、どの様に過ごして欲しいと思われているか耳を傾け職員とご家族様が一緒になって支援出来る関係が作れ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	ご本人様、ご家族様とお話をする中で、何が一番必要なサービスなのかについて他事業所も視野に入れた対応に努めている。			
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	一緒に暮らす生活者という目線で、お互いが支え合える様な関係作りを構築する。			

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
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	ご本人様と支えられているご家族様の思いを大切に受け止め、お互いが支え合える様な関係作りを構築する。		
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	手紙・はがき等での交流の他、ご本人様の知り合い等から施設への電話があった時に電話でお話ができるような場を作っている。また、出身地や思い出深い場所のユーチューブ動画をご覧いただき、記憶を新たにしている。	馴染みの人や場所についての情報があれば、「アセスメントシート・基本情報」の「生活歴」欄等に記載・更新し共有を図っている。コロナ禍以前は、家族・友人・知人の来訪、馴染みの場所への家族や友人との外出を支援し、馴染みの関係継続を支援していた。コロナ禍のため、通常の面会・外出を休止しているが、時期を勘案した玄関ロビーでの面会・電話・手紙・はがき等、可能な形で関係継続ができるよう支援している。また、ユーチューブを活用し、出身地や馴染みの場所の動画を見ながら会話を楽しむ機会も設けている。	
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	常にご利用者様を観察し、職員が間に入る事でご利用者様同士が支えられたり、支えたりの関係づくりに努めている。また、話のはずむ席位置に配慮している。		
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	問い合わせが入ると、適正な相談場所やフォローアップを行っている。		
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	一人ひとりの思いやご意向をお聞きして、ご意向に添った支援を心掛けている。困難な方には反応や表情と、職員の経験や知識から必要なケアを導き出していく。	利用者個々の思いや暮らし方の希望・意向は、「アセスメントシート・基本情報」の「本人の意向」「生活歴」「備考」欄等に記載し、生活支援や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。日々のコミュニケーションの中で把握した思いや意向は、申し送りノートやフロアカンファレンスで共有し反映している。把握が困難な場合は、表情や反応から汲み取ったり、家族からの情報や意見を参考に、利用者の意向に沿った生活ができるよう努めている。	

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
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	ご本人様、ご家族様から生育歴や生活歴、利用したサービスを把握した上で、今までの暮らしが施設でも継続できるように支援している。		
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	今までの生活習慣をアセスメントし、一人ひとりに合った一日の過ごし方を支援している。残存能力を活かした生活機能訓練をその人にあつた内容で個別に行っている。		
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	カンファレンスで主治医の意見と看護職、介護職、ケアマネが話し合い、課題を抽出している。ご家族様にはケアプランを作成後、内容を説明し、納得のサインを頂けるようにしている。月1回モニタリングを実施。	「アセスメントシート・基本情報」を基にカンファレンスを行い、作成した暫定の介護計画をベースに担当者会議で家族の意向を反映させて、初回の介護計画を作成している。介護計画は個人ファイルにファイリングし、職員周知を図っている。サービスの実施状況は「ケアサービス管理表」「介護記録」に、機能訓練関係は「生活リハビリ・機能訓練票」に記録している。介護計画は基本的に6ヶ月おきに更新し、見直し時にはモニタリングと再アセスメントを行い、利用者・家族の意向を確認して担当者会議を開催している。主治医・看護師等、医療関係者の所見は「サービス担当者会議の要点」に記載し、関係者の意見も介護計画に反映している。	介護計画にもとづいたサービス実施が明確になる記録の標準化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	個別の介護記録の中で、時系列で一日の流れを把握すると共に、申し送りノートも活用し情報を共有している。また、フロア日報でも一日の主な出来事を報告し、各記録や職員の気づきからケアプランの見直しができるように努めている。		

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
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	ご家族が対応できない緊急時は職員が通院同行をしている。馴染みの主治医への通院を介護タクシーを利用して出来るように支援している。入院中にご家族様が洗濯できない場合には対応をしている。入院中に入院先の病院と連携してご本人様の状態の把握に努め、退院した時のケアがスムーズに行ける様に多職種間で共有している。		
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	一人ひとりの状態に応じて日々の暮らしに楽しみを加えて安全に過ごして頂けるように支援をしている。そして、シルバー人材の活用により豊かな生活を支援するよう努めている。		
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	ご本人やご家族の意向を汲みとりながら、かかりつけ医を提案し、関係の構築を図っている。協力担当医師を希望された場合にはご紹介し、往診にて24時間対応している。内科、歯科は定期的に往診、皮膚科、泌尿器科は必要に応じて往診している。受診はご家族様行がお忙しい場合は職員が同行している。	契約時に今後の意向を確認し、希望に沿った受診を支援している。提携医療機関による定期的な内科・歯科の往診、必要時に皮膚科・泌尿器科の往診が受けられる体制がある。通院は家族の同行を基本にしているが、家族からの依頼や必要に応じて職員が同行支援している。日中配置されている看護師が日々の健康管理を行い、往診医やかかりつけ医療機関と連携を図りながら適切な医療が受けられるよう支援している。受診記録は「看護記録」「介護記録」「支援経過記録」に記録として残し、職員は「申し送りノート」で情報共有している。	
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	グループホーム担当の看護師を置く勤務体制にし、常時日々観察し、変化や気づきの情報を看護師に報告、連携に努め、必要な医療に繋げている。		

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
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。	利用者様の入院状況に応じて対応しており、心身状態が変化が著しい場合は病院に様観に伺っている。地域連携室を通して情報交換、情報の共有化を図り、安心して対応できるように、早期の退院に向けての支援をしている。診療情報提供書や看護サマリーを共有する。医療機関との情報交換は主に支援経過記録に保存している。	入院時は「看護サマリー」と、依頼があれば「アセスメントシート」を加えて医療機関に情報提供している。現在は通常の面会ができず、家族・病院関係者と電話連絡を密に情報交換を行いながら早期退院に向け支援している。(状態悪化時には感染対策の下で許可を得て、管理者が直接足を運び状況確認している。)入院中に把握した情報は「支援経過記録」に記録として残し、「申し送りノート」で職員共有している。退院時には「看護サマリー」「診察情報提供書」の提供を受け、事業所の退院前カンファレンスを行い、退院後の支援に活かしている。退院後は状況に応じて随時カンファレンスを行い、主治医や看護師と連携し適切な支援に取り組んでいる。	
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	グループホーム入所時や状態変化時に終末期をどこでどのように迎えるのかについて、ご本人様から確認が取れない場合は、ご家族様から意向を聞くようにしている。病状悪化時の対応についての同意書を各ご本人様・ご家族様に順に取り交わしている。グループホーム内で看取り介護を行うようになり、医療との連携に努め、看取り介護の指針を通して対応している。医療的ケアが必要でグループホームでは困難な場合は行っていないが、特定への住み替えや他施設(特別養護老人ホームや介護老人保健施設)に異動していただいている。	契約時に「医療連携体制加算及び重度化した場合の対応に係る指針」に沿って事業所の方針を本人・家族に説明し、「病状悪化時の対応の同意書」で同意を得ている。その後は半年から1年おきに家族の意向を再確認して同意書を更新している。重度化・終末期を迎えた段階で、家族・主治医・管理者・介護支援専門員と話し合いの場を設け、主治医からの現状説明と、事業所の方針、できる事・できない事を改めて明確にした上で今後の方針を検討し、家族の意向を確認している。希望があれば「看取り介護についての同意書」で同意を得て、家族の意向・主治医の意見を反映した看取りに向けた介護計画を作成し、医療関係者・職員が共有してチームで支援に取り組んでいる。	
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	緊急時のマニュアルがあり、それに沿った行動が出来る様にフロア内でも必要時研修を行っている。芦屋市消防局や施設内で定期的に心肺蘇生・AEDの取り扱いや緊急時マニュアルに沿って研修を実施している。		

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
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回芦屋市消防立会のもと、通報・避難誘導訓練を施設全体で実施しているが、現在は感染予防の為消防局から訪問は控えられているため、施設だけで避難訓練を実施した。自然災害マニュアルも作成して、2階倉庫に3日間分の緊急備蓄庫を配置している。市提供の防災ラジオも設置し方が一という時に備えている。	令和3年度は通常の消防署立ち合いはなかったが、8月に「消防訓練実施計画」に基づき、施設合同の避難訓練を昼間想定で実施している。今後は感染状況を鑑み、年2回の実施を予定している。全職員が避難方法を身につけ実践できるよう、訓練に参加できなかった職員にも「消防訓練実施計画」を回覧し、周知を図っている。施設合同の備蓄類を2階の備蓄庫に用意し、施設長が管理している。		
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	一人ひとりの性格を考慮し、毎日のケアの中でどういった事に考慮しなければいけないのかを随時観察し、職員間にて情報を共有している。ケア向上委員会にて話し合いと接遇研修を行い、不適切なケアの減少に努めている。排泄の際のプライバシーは特に注意しており、長く便座に座られる方にはバスタオルをおかけする等の配慮もしている。	ケア向上委員会による施設内研修や事業所内の研修で倫理・接遇・認知症理解・コミュニケーション等を定期的に学ぶ機会を設け、意識向上を図っている。気になる言葉かけや対応があった場合には、職員同士で注意喚起し、管理者からも適宜助言や指導を行っている。「ニュースレター」やブログへの写真使用は契約時に同意を得、個人ファイルは各ユニットの鍵付き棚に適切に保管する等、プライバシー・個人情報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	個々に自らの決定を促すが、意志をはっきりと示す事が出来ない場合はスタッフが反応や表情により察知して代弁し、最良の選択が行えるように援助している。			
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	一人ひとりのペースや趣味を尊重し意向に沿って1日を過ごして頂く様にしている。			

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
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	今までの生活歴を把握した上で、服をご自分で選び、おしゃれを楽しんでいただけるようにしている。		
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	食事はクックデリにて発注し、直接フロア内で調理をするので、できる利用者がいればお手伝いしてもらっている。香りでもうすぐ料理ができるという楽しみも味わえるようになっている。業者さんとのコミュニケーションノートを設け、利用者から要望が伝えられる体制もとっている。また、積極的に季節に合わせたおやつレクや誕生日会を通じて食事を楽しむ場を提供している。ケーキのデコレーションやクリーム絞り等を利用者に手伝っていただき、おやつ作りも楽しんで頂いている。	各フロアで炊飯と、クックデリから届いた食事を温めて提供し、利用者個々の状態に応じて刻み食・ムース食等の食事形態にも対応している。季節の行事ごとに特別食の献立が用意されている。委託業者と「意見・要望ノート」で利用者の意向・要望、職員の意見等を伝え、献立に反映させる新たな取り組みを開始している。利用者の好みや力を活かして、テーブル拭き・配膳・片付け等に参加できるよう支援している。また、おやつレクレーションやお誕生日会・クリスマスのケーキ作り等にも参加し楽しめるよう工夫している。	
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	毎日食事量と水分量を記録していて、1か月に1回は体重測定を実施している。塩分制限のある方や糖尿病の方等には主治医や看護師と相談して調整を行っている。		
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	毎食後に歯磨き、うがいを励行している。義歯洗浄など職員の声掛け・見守り・一部介助・全介助でその方に応じた支援をしている。必要な場合は往診にて訪問歯科を利用している。歯科衛生士より、その方に応じた口腔ケアの指導をもらっている。ケア向上委員会では口腔ケア研修も行っている。		

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
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	個別の排泄パターンや習慣を把握して、紙オムツやパット利用の方に、少しでも失敗を少なくしてトイレで気持ちよく排泄出来る様に支援している。ケア向上委員会では排泄介助研修も実施。	「アセスメントシート」「ケアサービス管理表」で利用者一人ひとりの自立度や排泄状況・排泄パターンを把握している。日中は可能な限りトイレで排泄できるよう自立度に応じた支援を行い、ベッド上での介助を要する利用者に対しても不快感のない支援に努めている。個々の支援状況・課題・排泄用品の使用等の検討事項は随時カンファレンスで意見交換を行い、「申し送りノート」で共有し、現状に即した支援に繋げている。ケア向上委員会による研修で、安全・羞恥心に配慮した介助方法を職員周知し、誘導時の声掛け・ドアの開閉・タオルで覆う等、利用者のプライバシー保護に取り組んでいる。		
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	朝の牛乳や水分量のアップ・適度な運動、食物繊維ファイバー等下剤だけに頼らず、一人ひとりに応じたスムーズな排便に取り組んでいる。必要時は看護師と相談して浣腸を行い、便秘が繰り返さない様に取り組んでいる。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ゆっくり気持ちよく快適に過ごせる様な雰囲気作りを行い、必要最低限のケアにて安心・安全・事故のないケアを心掛けている。入浴チェック表を別途作成し、必ず最低週2回以上は入れているが、もし拒否があった場合でもその理由をしっかりと記入する等入浴する大切さの意識を職員に植え付ける事で利用者の清潔保持に努めている。ご希望によりリフト浴も実施し、出来る限り多くの方が入浴できる体制を整えている。ケア向上委員会では入浴研修も行い、意識と技術の向上に努めている。	「ケアサービス管理表」で個々の入浴状況を把握し、週2回の入浴を基本として意向に沿った支援を行っている。一般浴槽での個浴で、一人ずつ湯を入れ替え、個々のペースで気持ちよく入浴できるよう支援している。身体状況に応じてシャワー浴・足湯・2人介助で対応し、希望に応じて施設内のリフト浴が使用できる設備がある。入浴拒否時は無理強いせず、体調や気分に応じて日時の変更、声掛けの工夫、職員の交代等、臨機応変に対応している。好みのシャンプー・化粧水等があれば個別に対応し、入浴をより楽しめるよう支援している。ケア向上委員会による研修で、安全面や羞恥心・負担感等に配慮した介助方法を職員周知している。		

自己 者 第3	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	その方の生活習慣やその日の身体状況に応じた休息や日中の活動の場を設けてゆっくり眠れるような支援をしている。		
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	毎食後の専用BOXを利用して誤薬を予防し、服薬後は服薬チェックの専用用紙に記入している。薬剤ファイルで確認しながら二人の職員がチェックして配薬を行っている。薬情をもとに一人一人が理解できる様に努めている。		
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	日常生活の中で一人ひとりの力が発揮でき、趣味や役割が持て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	現在、感染予防により、散歩や外出を控えるようにしているが、3月には安全を確保した上でお花見ドライブを実施した。主にエレベーターホールや共用スペースで楽しんでいただいているが、時間を決めて施設全体、施設外周辺の散歩を検討している。定期的な家族同行の通院は、気分転換も含めてお願いしている。外出を控えている分、毎日のレクその他、週1回の企画レク、月1回の合同レクも催しレクリエーションを充実させている。	感染状況を鑑み、季節を楽しむ車窓からのお花見ドライブを実施している。通常の外出支援が困難な中、エレベーターホールを開放して閉塞感なく気分転換できるよう配慮し、日常的なレクリエーションの他、週1回各フロア企画のレクリエーション、月1回フロア合同で季節・行事レクリエーションを開催する等、室内での催し活動に力を入れている。また、毎日機能訓練を実施し、レクリエーションには体を動かすゲームを採り入れ、日曜日には利用者の身体状況に応じてデイサービスのリハビリマシーンを活用する等、身体機能の低下防止を支援している。	
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	基本、ご本人のお金の所持は控えてもらっているが、お金・財布がないと不穩になる方には、ご家族に了承を得て所持してもらい、残金確認を行うなど管理をしている。		

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
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	家族と電話で話したり、年賀状や手紙を書く支援をしている。また、家族から電話がかかってきたり、手紙をもらって読んでもらえるように支援をしている。携帯電話の所持の方もいて、周囲に迷惑がかからないよう配慮している。		
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	居心地のよい環境作りを心掛けており、季節感を感じてもらえるように四季ごとの飾りつけをしている。共用スペースに赤外線足湯や平行棒も設置し心地よく過ごしていただけるように工夫している。	共有空間は明るく清潔感があり、観葉植物や季節感のある手作り作品が飾られたリビングにテーブル席とソファコーナーを設置し、思い思いの場所で居心地よく過ごせるよう配慮している。湿度管理、加湿器や空気清浄機の活用、換気や消毒を徹底して感染予防に取り組んでいる。利用者が好みや力量に応じて、食事の準備や片付け・おやつ作り・洗濯物たたみ・モップかけ等の家事に参加できるよう支援し、生活感を取り入れている。広いエレベーターホールにソファスペース、平行棒、赤外線足湯を設置し、中庭を臨みながら気分転換が図れるよう工夫している。	
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	フロアにソファ、玄関に椅子、エントランスに小テーブルと椅子があり、利用者同士が自由に気持ちよく過ごせる空間を演出している。		
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	入所前にご本人様やご家族に相談して、今まで使い慣れた家具、小物、家族写真、書籍等を持ち込んでもらっている。プレーヤーを持ち込まれ居室で音楽を流されている方もいる。	各居室はクローゼットと洗面台を設置し、希望者にはベッドを貸し出している。家族の協力を得て、ベッド・引き出し・テーブル等の使い慣れた家具類や、家族写真・書籍・地球儀・塗り絵集等の好みの物・趣味の物が持ち込まれている。動線に考慮した家具の配置や、ベッド上で過ごす時間が多い利用者には臥床しながら窓の外が臨めるベッド配置、心地良い音楽を流す等、利用者個々の状態に応じて安全で居心地よく過ごせる環境づくりに努めている。	

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
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	トイレや居室の入口に表札をかけ、ご自身の部屋やトイレが分かる様にしている。		