

### 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nomae		
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	平成31年3月15日	評価結果市町村受理日	令和3年1月28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.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【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2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)】

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、外出、外食などのレクリエーション、月に1回に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)】

特定施設・小規模多機能型居宅介護との複合施設内にあり、各フロアの共用空間は明るく清潔感があり、季節感を取り入れ快適な環境である。各階のエレベーターホール、1階の玄関ホール、中庭、リハビリマシンのスペース等、各フロア以外にも活用できる環境がある。日々のレクリエーション、食事・おやつ作りやゲーム等の週レクリエーション、フロア合同のレクリエーション、食事・洗濯・掃除の家事参加等、利用者が生活の中で楽しみや役割が持てるように支援し、心身機能の維持向上に努めている。フロア会議・各種委員会の定期開催で、職員の意見を業務や運営に反映している。定期的・随時に個別のカンファレンスを行い、利用者の現状に即した自立支援ができるよう取り組んでいる。

### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<b>* 本評価は、緊急事態宣言により、令和2年3月実施予定を延期し、令和1年度分調査として実施したものです。</b>	

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
<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。	法人の理念・基本方針を共有し、基本方針に地域密着型サービスとしての方針を表している。各フロアのスタッフルームに掲示して共有を図り、フロア会議やカンファレンスで検討する時は立ち戻って検討し、利用者尊重・自立支援等、理念・基本方針の実践に向け取り組んでいる。	
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、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る。施設内のスペースを開放し、歌のボランティアを月1回程度行い、利用者も参加して域との交流を深めている。	自治会に加入し、地域の清掃活動に参加したり、地域の祭りの開催協力をする等、事業所として地域と交流している。また、歌や体操教室・自治会の会議等に、1階のスペースを開放している。地域からボランティアの来訪があり、利用者も交流している。現在は、地域交流・地域貢献を休止しているが、今後、利用者が地域の人々と直接交流できる場を増やせるように計画している。	
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	体操スペースや会議室等、地域に開放し、多くの方が利用されている。		

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
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る。その他、参加メンバーより運営についてのご意見を頂き、サービス向上に活かしている。参加メンバーは、と多岐に渡っている。 以前より、小規模多機能第三者評価は、運営推進会議にて実施している。地域の活動の状況をヒアリングしたり、事業所と地域とのいい情報交換の場にもなっている。	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・知見者等の中から出席があり、2ヶ月に1回、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。会議では、資料を配布し、利用者の状況・運営状況・事故ヒヤリハット事例・行事・事業所の取り組み等を報告し、参加者と意見・情報交換を行っている。議事録はエレベーターホールに設置して公開している。令和2年3月から、開催を休止して	公開している議事録に、(個人情報に配慮しながら)配布資料も添付し、報告内容を公開することが望まれます。会議開催の休止期間は、報告書を参加メンバーや家族に郵送し、事業所や利用者の状況を報告してはどうか。
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	市町村担当者には、運営推進会議に出席してもらい、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出席し意見交換をしている。	週2回メールボックス確認のため市役所を訪問する際、事業所からの報告や相談に助言などを受け、協力関係の構築に努めている。通常は、市役所や地域包括支援センターから運営推進会議に参加があり、また、芦屋市主催の調整会議・グループホーム連絡会に事業所から参加し、そこでも市との連携がある。	
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	身体拘束虐待委員会を毎月開催し、研修会を行っている。現状身体拘束は実施していない。転倒防止の低床ベッド使用や床にマットを敷いたり、入居者様の動線に配慮した家具の配置などで身体拘束を行わない介護方法を検討し、身体拘束廃止に向けて取り組んでいる。	「身体拘束ゼロ推進マニュアル」の中に指針の内容を整備し、身体拘束を行わないケアを実践している。リスクマネジメント委員会(月1回)の中で、身体拘束虐待委員会を実施している。委員会の議事録は、パソコンのネットワークの中で共有し、既読状況を確認している。施設合同の法定研修の中で、今年度内に身体拘束についての研修を実施する予定である。エレベータの使用・玄関の開錠には操作が必要であるが、外出の意向があれば職員が対応し、閉塞感が感じられないよう支援している。	リスクマネジメント委員会の中の身体拘束虐待委員会の位置づけを明確にし、議事録にも現状と適正化に向けた検討を記録に残すことが望まれます。また、年間研修計画と実施記録、研修資料をわかりやすくファイルすることが望まれます。

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	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。虐待防止委員会を定期的に開催し、虐待防止に向けて取り組んでいる。	施設合同の法定研修、事業所内研修の中で、虐待防止についての研修を複数回実施し、周知徹底を図っている。フロア内で気になる言葉かけや対応があれば、管理者層の職員が中心になって、不適切ケアにつながらないように注意喚起を行っている。フロア会議・カンファレンス、定期的・随時の面談等、相談しやすい環境を設け、介護上の悩みやストレスがケアに影響しないように取り組んでいる。また、経営会議衛生委員会を設置し、職員の心身の健康、働きやすい環境づくりに努めている。	
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	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る。	成年後見制度を利用している利用者があり、後見人への金銭管理の報告等、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、芦屋市権利擁護センター等関係機関と連携して支援できる体制がある。	外部研修の受講状況等により、権利擁護に関する制度についての理解が、職員によって個人差がある状況である。研修や資料での共有など、全職員が一定レベルの知識を習得できるよう取り組むことが望まれます。
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	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。	見学時にパンフレット等を用いて、自立支援などグループホームとしての方針やサービス内容、料金等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って丁寧な説明に努め、理解と納得が得られるよう不明点の確認や回答にも時間をかけて対応している。重度化対応・法人内のバックアップ体制等については、特に詳細に説明している。契約内容の改定時には、変更内容を文書で説明し文書で同意を得ている。	

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
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、ご意見やご要望を尋ね、要望に沿ったケアを実施できるようにしている。	毎月施設が発行する「ニュースレター」で行事や生活の様子を写真とコメントで伝え、利用者担当職員が作成する「家族便り」で個別の様子を伝え、意見・要望の把握に努めている。通常は、家族の面会時・電話連絡時・担当者会議開催時に近況を伝え、意見・要望の把握に努めている。把握した意見・要望は、サービス・支援・介護計画に反映できるよう取り組んでいる。運営推進会議に家族代表の参加があり、外部者に意見を表せる機会も設けている。現在は、家族の来訪が制限されているため、電話での意見・情報交換が中心になっている。	
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	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1回以上、実施する面談において、個人個人の職員の貴重な意見を聴く場を設けている。	月に1回フロア会議(合同)を開催し、主に業務や運営について、情報共有や検討を行っている。利用者のケアや介護計画についての検討はカンファレンスで行っている。フロア会議やカンファレンスの前に、職員が「事前シート」で意見・提案を提出し、職員の意見等を集約できるよう工夫している。委員会(褥瘡感染症対策、ケア向上、リスクマネジメント、レク・ニュース、美化清掃)に、施設内の各事業所から担当者が参加し検討している。会議録・委員会議事録は、パソコンのネットで情報共有し、既読を確認している。施設長と管理者が同席して、年1回以上個人面談を行い、個別に意見を聴く機会も設けている。経営会議衛生委員会に管理者が参加し、職員の意見等を上位者に伝える機会もある。	
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	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	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
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取り組んでいる。		
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回合同で行っている。研修会や事例発表会を開催し、同業者との交流を図り、ケアの質を向上出来る様にしている。また、芦屋市事業所連絡会主催の研修会や交流会(食事会)に定期的に参加を市、事業所間で交流している。		
<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	ご本人様及びご家族様にゆっくり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	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
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	今までの生活歴、育成歴をよく知り、かかりつけ医やなじみの商店との関係が継続できるよう支援している。	入居時に把握した生活歴や家族構成等を、アセスメントシート基本情報に記録し、馴染みの人や場所についての情報の把握に努めている。通常は、家族や友人・知人の来訪があり、ゆっくり過ごせるよう配慮し関係継続を支援している。かかりつけ医への通院・習い事・教会など馴染みの場所へは、家族や友人と外出することが多く、準備や介護タクシーの手配等、外出しやすいように支援している。現在は、面会・外出を制限している。	
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ご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。		
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。		
<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>					
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。困難な方には職員の経験や知識から必要なケアを導き出していく。	入居時に把握した思いや暮らし方の希望をアセスメントシートに記録し、その後は、定期的には担当者会議で把握し、介護計画や支援に反映している。随時には、日々のコミュニケーションの中で把握に努め、カンファレンス等で共有し支援に反映できるよう検討している。把握が困難な場合は、日頃の表情・行動を観察したり、家族からの情報や意見をもとに検討している。	

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
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。		
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もとにカンファレンスを行い、初回の介護計画を作成している。介護計画を連絡ノートに添付して回覧し、職員に周知を図っている。サービスの実施内容を、介護記録・ケアサービス管理表に記録している。毎月モニタリングを行い、状況の変化があればカンファレンスで検討している。必要時には随時、定期的には6か月ごとに介護計画の見直しを行っている。介護計画の見直し時には、モニタリングをもとにカンファレンスで介護計画(案)を作成し、その後、担当者会議で利用者・家族の意向を確認し、家族の同意のもとに介護計画を作成している。主治医等関係者の意見を反映させる場合は、担当者会議録に記録することとしている。	退院時など状態に大きな変化があった場合や、認定期間終了時に再アセスメントを行っているが、定期的な介護計画の見直し時にも、再アセスメントを行うことが望まれます。介護記録の「項目」欄を活用する等、介護計画にもとづいたサービス実施の記録が定着することを期待します。
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。又、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。		
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。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の対応をしている。		



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
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し、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	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。	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。提携医療機関による定期的な内科の往診、必要に応じて歯科・皮膚科の往診を受けられる体制がある。通院による受診は、基本的には家族に依頼している。看護師の配置があり、健康管理や必要時の処置、かかりつけ医との連携を行っている。往診・通院の記録は、介護記録・管理日誌・支援経過記録に記録し、内容に応じて連絡ノートで職員に周知を図っている。	
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	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。		
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。	入所者様の入院状況に応じて対応している。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。	入院時は、「看護サマリー」で医療機関に情報提供している。入院中は地域医療連携室と主に電話で情報交換し、家族とも連絡をとりながら、早期退院に向け支援している。利用者の状況や経過について支援経過記録に記録し、内容に応じて連絡ノートで職員に周知を図っている。開催があれば退院前カンファレンスに参加し、退院時は「看護サマリー」「診療情報提供書」の提供を受け、退院後の支援に活かしている。	

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
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	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。基本、グループホーム内で看取りは行っていないが、必要に応じて対応している。看取り期になる前に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）に異動していく。	入居時に「医療連携体制可算 及び 重度化した場合の対応に係る指針」に沿って、基本的には看取り介護は行わない方針であることを説明し同意を得ている。介護計画の更新時には、重度化対応についての家族の意向を毎回確認するようにしている。重度化を迎えた段階で、主治医から状態の説明を行い、事業所からも方針を再度説明し、緊急時対応についての意向を確認している。施設内の特定施設や他施設についての情報提供を行い、今後の方針について丁寧に話し合い、家族の意向に沿った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口頭にて説明している。芦屋市消防局や施設内で定期的に心肺蘇生・AEDの取り扱い研修を実施している。	/	
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階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。内1回は夜間想定。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万が一という時に備えている。	令和1年6月に、通報・避難誘導訓練を施設合同で行っている。今年度も、訓練の実施を予定している。自然災害マニュアルを作成し、2階の緊急備蓄庫に3日間分の備蓄を整備している。	火災や自然災害時対応の訓練を、昼・夜想定で年2回以上実施し、避難方法を全職員が習得することが望まれます。訓練実施の際は、計画書と実施記録を作成し、参加できなかった職員も供覧して周知することが望まれます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。接遇高齢者虐待委員にて話し合い、不適切なケアの減少に努めている。	ケア向上委員会で接遇・コミュニケーションの向上について、リスクマネジメント委員会で不適切な言葉やケアの防止について検討し、議事録の供覧により周知を図っている。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は、管理者が適宜注意喚起を行い意識向上に努めている。個人情報に関わるファイルは、スタッフルームの鍵のかかる棚に保管し、個人情報使用や写真掲載については、入居時に文書で同意を得ている。	
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	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	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。		
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た。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。	クックデリから届いた食事を、各フロアで温めて盛り付けて提供している。炊飯は各フロアで行っている。献立に、季節感や行事食の配慮がある。可能な利用者が盛り付け・配膳・食器洗い・後片付け等に参加できるように支援している。週レクリエーションで食事作りやおやつ作りを企画し、利用者も参加できる献立を工夫している。誕生日会ではケーキ作りを、秋祭りでは屋台形式で買い物と食事を楽しむ等、利用者が「食」を楽しめる機会作りを行っている。また、通常は、外食の機会も設けているが、現在は休止している。	

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
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。		
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	ケアサービス管理表で利用者個々の排泄状況やパターンを把握し、必要に応じて、声かけ・誘導・介助を行い、日中はトイレでの排泄を支援する。夜間については、安眠にも配慮し、利用者個々の状況に応じた介護方法で対応している。状況に変化があればカンファレンスを行い、現状に適した介護方法・排泄用品の使用につなげている。誘導の声掛け・ドアの開閉・待機位置等、プライバシーや羞恥心への配慮に努めている。	
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	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。		
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。	週2回以上の入浴を基本とし、利用者の体調・気分・生活習慣などに応じて、柔軟に対応している。入浴状況はケアサービス管理表で、管理している。個浴で毎回湯を入れ替え、歌やコミュニケーションを楽しみながら気持ちよく入浴できるように支援している。身体状況に応じて、シャワー浴と足浴で対応したり、施設内の機械浴の使用も可能である。入浴拒否が強い場合は、理由の把握に努め、時間・声掛け・職員を変更する等工夫している。	

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
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	季節によって差があるが、希望に添って散歩やドライブで外出を支援している。ホームセンターや外食など身近な場所にも行っている。定期的な受診の通院や習い事、教会仲間と礼拝や集会に参加されている方もある。	気候や利用者の希望に応じて、通常は、散歩・ドライブ・買い物・外食等に、マンツーマンで外出支援を行っている。家族や友人が同行して、かかりつけ医への通院・習い事・教会に外出する時は、外出準備や介護タクシーの手配等を行い、外出しやすいよう支援している。現在は、近隣の公園への散歩のみとし、その他の外出は休止している。施設内が広いので、1階の玄関ホール・各フロアのエレベーターホール・中庭等で、気分転換を図る工夫も行っている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	買い物に行きたいと言われる方がいれば、近くのスーパーまで散歩がてらお連れする。		
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	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。		

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
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。	各フロアの共用空間は明るく清潔感があり、利用者と一緒に制作した季節感のある作品を飾り、快適な環境づくりに努めている。テーブル席とソファのコーナーを設け、思い思いの場所でくつろげるよう配慮している。体操・歌・かるた等の日々のレクリエーション、食事・おやつ作りやゲーム等の週レクリエーション、フロア合同のレクリエーション、食事・洗濯・掃除の家事参加等、利用者が生活の中で楽しみや役割が持てるように支援している。各階のエレベーターホール、1階の玄関ホール、中庭、また、リハビリマシーンのスペース等、各フロア以外にも利用者が活用できる環境がある。	
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、家族写真を持ち込んでもらっている。	各居室は明るく清潔感があり、洗面台とクローゼットが設置されている。(ベッドは持ち込みかレンタル)テーブル・椅子・ソファ・テレビ・写真・パソコン等、使い慣れたものや好みのものが持ち込まれ、居心地良く過ごせる環境づくりが行われている。安全な移動のためのレイアウト、大きく見やすい表札や目印で場所間違いを防ぐ等、自立した生活が継続できるように配慮している。	
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	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。		