

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3年12月5日	評価結果市町村受理日	令和4年1月24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12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し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

【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)】

グループホームは、特定施設・小規模多機能型居宅介護との複合施設内にある。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。カンファレンスで残存機能を生かした自立支援方法を検討し、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、家事参加等、日常生活の中でできることを見極めて生活リハビリを採り入れ、心身機能の維持向上に努めている。利用者のニーズに応じて介護計画に採り入れ、デイサービスのマシンを使用し、個別にストレッチ・歩行等の機能訓練を実施している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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	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。	基本方針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・基本方針は、システム内に職員がいつでも見ることができるよう表示され共有を図っている。フロア会議やカンファレンス時に、利用者個々のケアについての話し合いや助言の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。	
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。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、総会の開催があれば出席している。通常は、地域の祭りに開催協力したり、施設1階スペースで地域の歌のボランティアを受け入れる際には利用者も参加する等、地域交流を行っているが、コロナ禍のため休止している。現在は、地域の清掃活動への参加等、可能な範囲で地域交流・地域貢献を継続している。	
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。		

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、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・知識を有する第三者(他施設施設長)と多岐に渡っている。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・知見者等を構成メンバーとしている。令和2年3月から、開催を休止しているが、随時、施設長が利用者状況等報告資料を作成し構成メンバーに郵送している。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。	報告資料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次回の議事録で共有する等、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、報告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。月に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は感染予防の為、郵送で送っている。	通常は、運営推進会議に市職員や地域包括支援センター職員の参加があり、また、芦屋市主催の調整会議・グループホーム連絡会に参加し、市との連携がある。現在は運営推進会議の報告資料の郵送や、メールでの情報交換を通して連携している。また、月2回メールボックス確認のため市役所を訪問しており、事業所からの報告や相談に助言を受ける等、協力関係の構築に努めている。	
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3か月に1回開催し、研修会は年2回行っている。現在6月18日から身体拘束をmetooの方で実施している。家族の同意を得たうえで毎月のカンファレンスで身体拘束用の介護記録・支援経過にて記録を残している。	「身体拘束ゼロ推進マニュアル」を適正化指針として整備し、身体拘束を行わないケアを実践している。施設全体の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開催して適正化に向けて検討している。令和2年度は「身体拘束ゼロ推進マニュアル」の回覧研修を1回実施し、研修報告書を提出している。外出は困難な状況であるが、1階の玄関ホールや各フロアのエレベーターホール等を活用し気分転換が図れるよう工夫している。	

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	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。	法人の新入職員研修の中で虐待防止研修を実施している。施設でも、令和2年度は2回、集合研修を実施している。受講者は研修報告書を提出し、欠席した職員にも資料を配布し、報告書の提出により周知を図っている。施設全体のリスクマネジメント委員会の中で、各事業所の虐待防止への取り組み状況を確認し検討している。気になる言葉かけや対応があれば注意喚起し、不適切ケアにつながらないように意識付けを行っている。会議・カンファレンス・随時面談等、相談しやすい環境整備に努め、職員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。	リスクマネジメント委員会での、身体拘束適正化や虐待防止に向けた検討内容を議事録の中で明確にし、職員に周知することが望まれます。
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。	管理者研修・認知症実践者研修等に参加して権利擁護に関する制度について学んでいる職員もいる。成年後見制度を利用している利用者があり、後見人への状況報告・金銭管理報告等、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、管理者が窓口となり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。	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ため、研修や資料での共有等により、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。	見学時に生活の様子を見てもらいながら、パンフレット等を用いて、グループホームの方針や利用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・指針等に沿って丁寧な説明に努め、最後に不明点や質問を受け理解が得られるよう努めている。特に加算等利用料金については詳細に説明している。契約内容の改定時には、事前に電話で変更内容を説明し、文書を郵送して同意を得ている。	

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。	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。現在は、電話・メールで連絡を取り合って近況を報告し、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、また、利用者担当職員が作成する「家族便り」に個別コメントを掲載し、意見・要望の把握に努めている。面会についての要望が多く、事業所として対応を検討している。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。通常は、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。	
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。	概ね月に1回、グループホーム会議(フロア合同)を開催し、主に業務や運営について、情報共有や検討を行い、職員の意見・提案が反映できるよう取り組んでいる。利用者のケアについては、各フロアで個別カンファレンスを開催し検討している。カンファレンス前に、「事前シート」で職員の意見や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、申し送りノートで共有している。令和3年度より、個別面談の機会を計画している。	
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	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。		
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	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。	生活歴や生活状況等を、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を共有している。通常は、家族・友人・知人の来訪、かかりつけ医への通院、自宅や馴染みの場所への家族や友人との外出支援等、馴染みの関係継続を支援している。コロナ禍のため、交流や面会を休止しているが、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。	
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。		
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はアセスメントシート基本情報で、また、入居時にカンファレンスを実施した時はカンファレンス記録で共有している。入居後も、日常の会話や介護計画更新時に、利用者の思いや意向の把握に努め、把握した内容は「申し送りノート」「カンファレンス記録」で共有し、介護計画や支援に反映できるよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、ゼスチャー等利用者に応じたコミュニケーション方法を工夫し、日頃の表情・行動の観察、職員の経験、家族からの情報や意見を参考にして本人本位に検討するよう努めている。	

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。作成した介護計画は、コピーを申し送りノートに挟み職員に周知を図っている。サービスの実施状況は、介護記録・ケアサービス管理表・管理日誌に記録している。毎月、短期目標ごとにモニタリング・評価を行い、モニタリング記録表に記録している。必要時には随時、定期的には6ヶ月ごとに介護計画の見直しを行っている。見直し時には、モニタリング、職員間でのカンファレンス、利用者・家族の意向等をもとにサービス担当者会議を開催している。主治医等関係者の意見は、「支援経過記録」を基にサービス担当者会議録に記録し、計画に反映している。アセスメントシートは概ね年1回更新している。	介護計画の内容を職員に周知し、計画にもとづいたサービス実施を記録する記録の工夫が望まれます。再アセスメントについては、介護計画の見直し時期に合わせて行うことが望まれます。
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、記録や職員の気付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の対応をしている。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。	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と、歯科は定期的に、皮膚科等は必要時に往診を受けられる体制がある。通院について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。受診時は「看護サマリー」「紹介状」で利用者状況について情報提供している。グループホーム担当の看護師の配置があり、健康管理や往診時の対応が行われ、受診結果は「看護記録」と「介護記録」に青字で分かりやすく記録して共有している。	
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	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
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。通常は、入院中は面会に行き、家族・病院関係者と情報交換を行っているが、令和2年度は、入院中は主に電話で情報交換し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「申し送りノート」で共有している。状況に応じて退院前カンファレンスに参加し、病院関係者からの情報をもとに事業所内でカンファレンスを行い、退院後の支援について検討している。退院時は「看護サマリー」「診療情報提供書」の提供を受け、フロア内で回覧後、介護記録に綴じて共有し退院後の支援に活かしている。	
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	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、医療的ケアが必要で事業所では対応が困難な場合は、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。重度化を迎えた段階で、主治医から状況説明を受けて今後の方針について話し合い、施設内の特定施設や他施設についての情報提供を行い、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。令和3年度からは、看取り介護を支援する方針がある。	
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。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。	通常は、施設合同の避難訓練を年2回実施しているが、令和2年度は、コロナ禍のため休止している。コロナ禍終息後は、合同訓練を再開する予定である。利用者の急変や事故発生時に備えて、心肺蘇生・AEDの使い方等応急手当や初期対応の訓練は行っている。2階の備蓄庫に施設合同で、水・レトルト食品・米等3日間分と、簡易トイレ・防災ラジオ等を備蓄し施設長が管理している。	職員のみでの訓練実施・研修による確認等、実施方法を工夫し、火災や自然災害時の対応方法を全職員が習得できるよう取組まれることが望まれます。訓練・研修実施後には、実施記録を作成し、参加できなかった職員にも供覧して周知することが望まれます。	
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	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研修を行い、不適切なケアの減少に努めている。	コミュニケーション・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機会を設けている。毎月開催する施設の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検討し、システム内で共有を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、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、写真・映像使用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、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をしてもらっている。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。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真空パックの食事を、各フロアで温め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。参加可能な利用者には、テーブル拭き・盛り付け・後片付け等に参加できるように支援している。食事作りレクリエーションやおやつ作りレクリエーションを企画し、手巻きずしや誕生日会でのケーキ作りに利用者も参加できるよう工夫し、利用者が食事を楽しむ場を提供している。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。	
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。		

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	ケアサービス管理表で利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、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、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について検討事項があれば、「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・ドアの開閉等、プライバシー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。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、利用者個々の体調や希望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。個浴で毎回湯を入れ替え、ゆったりと時間をとって、気持ちよくその人のペースで入浴できるように支援している。身体状況に応じて、シャワー浴で対応したり、施設内の機械浴を使用して支援している。入浴拒否がある場合は無理強いせず、声かけ・タイミング・対応職員等を工夫し、同性介助の希望には同性介助で対応する等、個別の配慮で支援している。	
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	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。		

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
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、散歩やドライブの外出を控えている。ただ時間を決めて施設内、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。	通常は、散歩・ドライブ等で外出支援を行っている。コロナ禍のため、家族が同行してのかかりつけ医への通院での外出は支援し、その他の外出は休止している。クリスマス会等月1回のフロア合同レクリエーション開催や、1階の玄関ホール・各フロアのエレベーターホール等で、気分転換を図る工夫を行っている。今後、状況を見ながら施設内の中庭や、施設外周辺の散歩での気分転換や戸外に出かける機会づくりを検討している。	
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・財布がないと不穏になる方には、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。		
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。		

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	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、観葉植物の設置等により季節感が感じられるよう工夫している。テーブル席と適所にソファを設置し、テーブル席は動線に配慮して、思い思いの場所で、安全に過ごせるよう配慮している。換気・消毒を強化し、衛生管理を行っている。体操・歌・塗り絵等の日々のレクリエーション、フロア合同のレクリエーション、食事・おやつ作りへの参加等、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、生活感を採り入れている。赤外線による足湯スペースを設け、足湯気分が味わえ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、家族写真を持ち込んでもらっている。	各居室に、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、またはレンタル)タンス・一人用ソファ・地球儀・鉢植え・家族の写真等、使い慣れたものや趣味のものが持ち込まれ、居心地良く過ごせる環境づくりを支援している。安全な移動のためのレイアウトを行い、大きく見やすい表札やトイレ番号の掲示で場所間違いを防ぐ等、自立支援につなげている。	
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。		