

### 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5年4月15日	評価結果市町村受理日	令和5年6月19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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護の方も受け入れ可</li> <li>医療的ケアの必要な方も受け入れ可</li> <li>最後までその人らしく生活出来ます(看取り介護可)</li> </ul>
--

※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>
----------	---

#### 【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>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、運営推進会議・研修・委員会等が施設合同で行われている。各フロアの広いエレベーターホールにソファスペースがあり、生活空間が広くとられている。1階の機能訓練室やエレベーターホールの平行棒の活用、生活リハビリ、訪問リハビリとの連携等により、身体機能の低下予防に取り組んでいる。看護師の配置があり、主治医との医療連携体制を整備し、医療的ケアの必要な利用者の受け入れも行い、希望に応じて看取り介護にも対応している。</p>
--

#### 【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5年4月28日		

#### 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 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)	<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 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 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 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		

## 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	今期からリーダー研修を行います各事業所の理念などを再構築しその後共有して行く予定です。	法人の理念・基本方針を共有していたが、現在、事業所独自の理念・基本方針の作成に向け取り組んでいる。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念・基本方針を作成し、共有と実践に向け具体的に取り組まれることを期待します。
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	現在はコロナ禍の為、定期的に開催される地域の定期清掃に参加	コロナ禍のため、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。町内会の定期清掃に職員が参加し、地域のキッチンカーの利用、地域からの相談対応等、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。コロナ禍終息後は、地域交流・地域貢献を再開する予定である。	
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	コロナ禍の為、実施できず		
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	職員間で共有し活かしてる	地域代表(自治会長・民生委員・老人会会長兼務)・福祉推進委員・市役所職員・地域包括支援センター職員を構成委員とし、併設の小規模多機能型居宅介護事業所・有料老人ホームと合同で2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。令和4年度は、5月・11月は開催し、利用者状況・事故ヒヤリハット事例・行事・研修について報告している。それ以外の開催月は書面開催とし、資料を構成委員に郵送している。	利用者・家族も運営推進会議の構成委員であることから、家族にも資料を郵送し、コロナ禍終息後は、利用者・家族の参加に向けた検討が望まれます。エレベーターホールに設置している議事録ファイで、令和4年度分も公開することが望まれます。書面開催時は、郵送資料に返信用紙等を同封し、返信された意見・情報等を次回の会議(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。

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
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取り組んでいる	特に生活介護課と取り組んでいる	運営推進会議を通して、市役所・地域包括支援センターと連携している。市の生活介護課と協働し、利用者の受け入れや支援を行っている。メールボックス確認のため定期的に市役所を訪問し、適宜質問や相談を行い、助言や情報提供を受けている。市主催のクリーンアップ活動に職員が参加している。	
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	取り組んでいる	「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、身体拘束の解除や適性化に向け検討している。委員会の議事録は、社内ネットワーク内で閲覧し、周知を確認する仕組みがある。令和4年度は高齢者虐待防止研修の中で身体拘束を含む不適切ケアについて研修を実施している。受講者は研修報告書を提出し、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。	身体拘束適性化研修の実施を明確にすることが望まれます。
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	研修なども行い努めている	高齢者虐待防止研修を実施し、受講者は研修報告書を提出し、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。気になる言葉かけや対応があれば、主に申し送りでマネジャーが注意喚起や助言を行い、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。相談しやすい関係づくり、シフト調整や有給休暇の取得促進等で働きやすい環境作りに努め、職員のストレス等がケアに影響しないよう取り組んでいる。	

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
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	研修などで機会を設けています	成年後見制度を利用している利用者が多数あり、後見人への金銭管理や心身状況についての報告、面談対応等、制度利用への支援を行っている。ケア向上委員会で制度についての研修を実施している。今後も、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、施設長やマネジャーが窓口となり支援する予定である。	研修全般について、年間研修計画と実施が明確になる、記録やファイルの工夫が望まれます。
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	理解を図っています	入居希望・入居相談があれば、時期に応じて見学対応し、パンフレット等を用いて、利用料金内訳やグループホームの1日の流れ等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。契約内容の改定時には、改定内容を説明した文書を郵送し、文書で同意を得ている。	
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	されています	家族の面会時・電話連絡時に近況を伝え、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の様子等を伝える)、事業所が作成する「家族便り」(利用者担当職員が個別の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。把握した意見・要望は、内容に応じて申し送り・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。面会や外出についての要望が多く、時期を考慮しながら対応する予定である。	

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
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	させています	検討事項があれば、業務内での検討、申し送りでの検討、カンファレンスでの検討を行い、内容に応じて申し送り、申し送りノート、社内ネットワークで共有し、職員の意見を反映できるよう取り組んでいる。相談しやすい関係づくりに努め、マネジャーが随時、職員の意見を個別に聞く機会を設けている。施設内に各種委員会が設置され、事業所からも委員が参加し、職員の意見・提案を反映できる仕組みもある。	
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	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	研修なども開催しております		
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	芦屋でのGH連絡会で連携をとっています		
<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	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	親族様とは密に連絡をとっています		

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
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	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	日頃から意識付けをしています		
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	可能な限り努めています		
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	努めています	コロナ禍以前は、家族・友人との面会、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、時期を勘案して条件を設けて家族と面会を行い、また、電話・手紙の取次ぎ等、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	努めています		
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	努めています		

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>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	努めています	利用者一人ひとり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「生活歴」「本人の意向」「現在の生活状況」等に記載し、日々の会話の中で把握した思いや意向は申し送り・「申し送りノート」・社内ネットワークで共有し、支援や施設サービス計画に反映できるよう取り組んでいる。意思の疎通が困難な場合は、寄り添って声をかけ、表情や反応から推察し、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	生活歴などは職員間で共有しています		
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	個々の状況を把握して努めています		
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	作成しています	入居時の「アセスメントシート・基本情報」をもとにサービス担当者会議を行い、初回の施設サービス計画を作成している。計画は申し送りで説明し、個人ファイルにファイリングし、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」に記録している。施設サービス計画は、定期的には6ヶ月毎に更新し、見直し時には「モニタリング記録表」でモニタリングを、「アセスメントシート・基本情報」で再アセスメントを行い、サービス担当者会議を開催している。家族の意向は事前に電話で把握し、主治医の意見は看護師やマネジャーが把握し施設サービス計画に反映している。	施設サービス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。

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
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	活かしています		
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	取り組んでいます		
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	成年後見制度の活用		
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	しています	契約時に事業所の医療体制を説明し、利用者・家族の意向を確認し意向に沿った支援に取り組んでいる。基本的には提携医療機関による定期的な内科(3名の内科医から選択可能)・歯科の往診を受けられる体制がある。入居前からのかかりつけ医の受診や通院には家族の同行を基本としている。施設看護師と連携が取れる体制があり、看護師が日々の健康管理や往診医・かかりつけ医と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。往診にはマネジャーも立ち合い、状況を把握している。往診結果は「看護記録」「介護記録」に記録し、申し送りと「申し送りノート」で共有している。必要に応じて社内ネットワークでも情報共有している。	
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	しています		



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
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。	地域連携室との連携を図っています	入院時は「看護サマリー」で医療機関に情報提供している。現在面会はず、地域連携室と電話で情報交換を行い、早期退院に向け支援している。退院前には地域連携室や家族と連携し電話で情報を得て、退院時には医療機関より「看護サマリー」の提供を受け、利用者の状況を把握している。把握した情報は申し送りや社内ネットワークで周知共有している。退院後の利用者の状態をもとにカンファレンスを行い、施設サービス計画を見直し現状に応じた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、事業所の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	取り組んでいます	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利用者・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。年に1回、家族の意向を再確認し、同意書を更新している。重度化・終末期を迎えた段階で、主治医から家族に現在の状態について説明があり、事業所・家族・主治医で今後の方針を検討し家族の意向を確認している。看取り介護の希望があれば同意書で同意を得て、医療関係者・家族と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	研修などを実施しています		

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
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	築いています	令和4年度は、「消防訓練実施計画」に沿って資料研修を、昼間想定で2回(4月・3月)、夜間想定で1回(12月)実施している。資料を配布するとともに、社内ネットワークで「訓練スケジュール・役割分担」を閲覧し、全職員に避難訓練内容の周知を図っている。施設合同で厨房に食料・水等の備蓄を保管し、事務所が管理している。今後は、運営推進会議の中で、災害時に備えて地域との協力体制を築く予定である。	今後は、災害時対応(地震・津波等)についても研修や訓練を実施することが望まれます。
<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	しています	ケア向上委員会による施設内研修で認知症ケアや不適切ケアについて学ぶ機会を設け、利用者の尊厳やプライバシーを損ねない対応について意識向上に努めている。また、アセスメントシート of 生活歴を把握し、その人に沿った言葉かけや対応に取り組んでいる。気になる言葉かけや対応があった場合には、マネジャーが申し送りやカンファレンスで適宜注意喚起や助言を行っている。「ニュースレター」や掲示物への個人写真の使用については契約時に、パンフレット等への掲載については随時に、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	利用者の意思を尊重するように努めています		
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	しています		
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	しています		

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
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	出来る人はしています	各フロアで炊飯を行い、委託業者から届けられた食事を温めて盛り付けて提供している。利用者個々の状態に応じてソフト食・ゼリー食の発注が可能で、各フロアで刻み食にも対応している。献立には旬の食材や行事食が取り入れられ、季節の行事ごとに特別食を楽しめる機会がある。利用者の好みや力量に応じて、また生活リハビリとして一緒に盛り付けや食器洗い等に参加できるよう支援している。おやつレクリエーションを定期的に計画し、利用者もおやつ作り(桜餅・バレンタインチョコレート・手作りぜんざい・誕生日デコレーションケーキ作り等)に参加し、食事が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	しています		
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	しています		
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	行っています	「ケアサービス管理表」で利用者個々の排泄状況・排泄パターンを把握し、日中は可能な限りトイレでの排泄ができるよう、自立に向けた見守りや支援を行っている。重度化・看取り期にはベッド上で排泄用品の交換を行う等、状況に応じて清潔保持を行っている。利用者の排泄支援状況・排泄用品の使用等の課題があれば、随時カンファレンスで検討し、申し送り・社内ネットワーク・「申し送りノート」で共有している。支援が大きく変更する場合は家族に説明し了承を得て介護計画に反映し、現状に促した支援につなげている。排泄時のドアの開閉・声かけ等に留意し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援を行っている。	

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
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	牛乳を多く飲むようにしています		
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	しています	一般浴槽での個浴で、一人ずつ湯を入れ替え、自分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・清拭等でも対応している。週2～3回の入浴を基本とし、体調や希望に応じて日時の変更等に臨機応変に対応し、「入浴チェック表」「ケアサービス管理表」で入浴状況を把握している。入浴拒否については無理強いせず、声かけの工夫、日時・職員の変更等、個別の配慮で対応している。	
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	しています		
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	努めています		
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	しています		
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支援している	現在はコロナ禍の為、ほぼ実施せず	感染状況を考慮しながら、家族との外出ができるよう支援している。事業所の外出行事は、現在検討中である。日課としてラジオ体操や午後のレクリエーションをはじめ、平行棒の活用・エレベーターホールへの散歩・日曜日には機能訓練室の使用等を取り入れ、機能低下防止に取り組んでいる。また、訪問リハビリの機能訓練士と連携し、トイレのつまり立ちや立位訓練等、生活リハビリにつながるよう個別に支援している。	

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
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	しています		
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	しています		
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	季節ごとに模様替えを実施	共用空間は明るく清潔感があり、加湿器・空気清浄機を設置し、テーブル席・ソファ席を配置し、利用者が思い思いの場所で居心地よく過ごせる環境づくりを行っている。壁面に、利用者と一緒に制作した季節の花等の作品が飾られ季節感が感じられる。利用者の好みや力量に応じて、食事の盛り付け・食器洗い・洗濯物たたみ・掃除機やモップが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。ソファスペースや平行棒がある広いエレベーターホールや1階の機能訓練室も生活空間の一部として活用している。	
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	しています		
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	しています	各居室にクローゼットと洗面台が設置され、希望者にはベッドを貸し出している。たんす・机・椅子・本棚・テレビ等の使い慣れた家具類や、家族の写真・書籍等の馴染みの物や趣味の物が持ち込まれている。入居時は、利用者が落ち着いて過ごせるよう、家族が自宅の環境を考慮して家具類の配置を行うようにしている。入居後の身体状況の変化に応じて、家族と相談しながら動線を考慮して家具類の向きや位置を変更する等、安全に自立した生活が継続できるよう取り組んでいる。	

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
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	しています		