

### 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	2895200471		
法人名	社会医療法人社団 正峰会		
事業所名	モンファミリーユ伊川谷		
所在地	神戸市西区伊川谷町有瀬230-17		
自己評価作成日	令和5年5月1日	評価結果市町村受理日	令和5年8月2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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigvosyoCd=2895200471-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigvosyoCd=2895200471-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和5年5月29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)】

住宅街の高台に位置し景観のよい環境化のもと「その人らしさ」を大切にケアを展開しています。高齢者虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会、感染症委員会、行事・研修企画委員会を設置しています。年間に6回以上の研修会を設け専門的な知識の習得を実施している。事故の発生・発見は必ずご家族に報告して共有しています。医療面では法人内の協力医療機関がありご利用者の医療ケアも充実しています。また、他区の医療機関とも連携することで、ご利用者の症状や状態に応じて適切な医療を受けることができるようにする。

#### 【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)】

事業所は、立地条件に恵まれて静かな住宅地の中にある。運営法人が変わり1年ほどが経過して、管理者はじめ職員は熱意をもって日々のケアなどに取り組まれている。老朽化した建物の保全や修繕にも積極的に取り組まれており、利用者や職員が動きやすく過ごしやすい空間づくりを進めておられる。ケアの面では、各委員会も活発に運営されており、法人の医療機関のバックアップもあり、これからも生活面、運営面でも期待される事業所である。利用者家族との意見交換や希望を聞きとる工夫や、運営推進会議への利用者家族の参加を増やして、地域との繋がりを深める取り組みなども期待したい。

### 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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と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、活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、安心して暮らしている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
<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	事務所及び各フロアのユニット内スタッフルームに理念の掲示を行っている。また、全職員が理念を共有し実践に活かされるよう図っている。	法人理念「地域とともに あなたと生きる」などが施設玄関や事務所、スタッフルームなどに掲示されて共有されている。今後は、母体組織の理念そのままではなく、地域密着型サービスの意義や役割を考えながら、事業所としての理念をつくりあげていくことが望まれる。また、スタッフ会議などで振り返りや実践状況の確認でも取り組んでほしい。	地域密着型サービスとして何が大切かを事業所で考え、独自に作りあげた理念であることが期待されます。(理念・基本方針・指針・目標など名称は問わない)
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	新型コロナウイルス感染症の影響により地域貢献が出来ていない。近隣中学校のトライアルウィークは中止となっている。交流が全くできていない。	自治会には加入されていない。コロナ禍の影響で地域行事への参加や交流は余儀なくされていたが、6月からは状況を踏えて、地域の小中学校との交流やボランティアの受け入れ交流を再開したいとうかがった。地域社会とつながりながら利用者が当たり前の暮らしを続けられるよう、運営推進会議などを活用して、事業所自身が地域の一員として日常的に交流して行くことに努めてほしい。	
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	施設周辺のゴミ拾い程度で思うような地域への貢献が不足していると思われる。コロナ禍における大幅な緩和措置により今後は積極的に参加していく。運営推進会議やイベント企画等で地域と事業所の関わりを増やす事でグループホームでの生活の様子やイベント企画のアナウンスを行いご利用者と直接関わりを持てる場所を提供する。		
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践、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	西区役所あんしんすこやか係担当者、地域包括支援センター担当者、地域代表者(民生委員)、ご利用者代表、近隣施設代表者、施設ケアマネージャー、施設管理者参加のもと、2ヶ月に1回の運営推進会議を開催している。(緊急事態宣言中は書面で開催)内容は、ご利用者の現況報告、サービスの実施状況、行事及び施設研修の報告、事業計画、消防避難訓練のお知らせなど意見交換と新型コロナ感染症予防対策などの共有を行っている。手紙や電話でご家族様との交流を増やし参加を促すようなしくみを作ります。	運営推進会議が2か月に1回開催されている。構成メンバーは、西区役所あんしんすこやか係担当者、地域包括支援センター担当者、地域代表者(民生委員)、近隣施設代表者、職員などが参加されているが、利用者代表などは参加されていない。各参加者には議事録(議題、現況、行事、事故、研修、感染症対策など)を送付されている。今後は、全家族にも送付される取り組みに努め、運営推進会議への参加を推進してほしい。	
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	施設管理者が中心となり、区役所の生活支援課担当者と連絡、連携を密にとり定期的に情報提供している。また、神戸市介護指導課や生活保護事務センターと定期的に介護計画の提出を行い連携をとっている。LIFEによる情報を提供している。	運営推進会議には、西区役所あんしんすこやか係担当者や地域包括支援センター担当者が参加されて連携されている。また、日頃から西区役所の生活支援課担当者とは「報告、連絡、相談」など連携を密にとり情報提供に努められている。西区グループホーム・小規模多機能地域連絡会に加盟し、定期的(年2回程度)な連絡会議には参加して連携されている。	
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	高齢者虐待防止委員会を設置している。高齢者虐待防止委員会による施設内研修にて高齢者虐待防止の基本・権利擁護等の研修を実施。また、身体拘束適正化についても研修を実施している。玄関の施錠については夜間のみ防犯の観点から施錠している。	身体拘束等の適正化の推進については、指針の整備や委員会が3か月に1回開催されている。(高齢者虐待防止委員会と合同開催)また、委員会主催の研修などが、年2回以上実施されている。現在は拘束事例はないが、仕組みの整備(同意書、観察記録の様式、手順、見直しの基準など)が望まれる。玄関の施錠については夜間のみ防犯の観点から施錠されているが、日中は開放されている。今後は、身体拘束等の適正化の推進について、取り組み状況などの報告を運営推進会議でも行ってほしい。(義務化)	

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逃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	高齢者虐待防止委員会を設置し全職員対象の研修会を実施。高齢者虐待防止の指針や身体拘束適正化に向けた仕組みの理解を深めるための任意参加による研修会も実施している。また、職員へのストレスチェックを実施している。	高齢者虐待防止の推進については、高齢者虐待防止委員会(毎月)を設置し、全職員対象の研修会(年2回)も実施されている。不適切ケアチェックなどは行われていないが、年1回の職員ストレスチェックは実施されている。職員面談などは定期的(年2回)に行われている。今後は、「虐待の芽のチェックリスト」などを活用して、定期的に(年2回)把握分析をして、委員会などで検討してほしい。	
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	現在、制度を利用しているご利用者はいないが、知識を深めるために成年後見制度及び見守り家族制度の研修を実施している。また、玄関先にパンフレットを設置している。	現在、成年後見制度を利用されている人はおられない。成年後見制度や見守り家族制度の研修が予定されている。(7月実施)制度の活用が必要と認められる利用者や家族に対して、こまやかな情報提供を行い、適切に制度の活用ができるよう、職員にも周知を図るためにも、玄関などにパンフレットの整備が望まれる。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の業務は管理者が行っている。ご家族様や利用中の事業所及び病院から情報収集を行っている。契約書・重要事項説明書を丁寧かつ時間をかけ十分な説明をすることで同意を得ている。	今年度5名の入居契約者がおられた。契約前の見学は実施されている。「グループホーム モンファミリーユイ川谷のご案内」を活用しながら、重要事項説明書・契約書などを丁寧に説明されて同意を得ている。また、「重度化した場合の指針についての具体的なサービス内容」でも説明・同意をえている。事業所のできること、できないことなども説明されている。救急搬送時に必要な「緊急時意思確認書」の整備にも取り組んでほしい。	
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	玄関にご意見や要望を受け付けるハガキを設置している。直接受けた内容については書面で記録を残し管理者会議での検討を実施。その結果を返答ファイルを作成し、運営に反映させている。	運営推進会議に家族などが参加されていないので、運営に関する意見・提案が表せる機会はないが、玄関に意見や要望を受け付けるハガキを設置して本部対応されている。法人の広報誌(ふれあい)が季刊号として配布されているが、利用者ごとの生活情報(お便など)の発行はなされていない。	今後は、利用者家族に「写真付き・コメントを添えたお便り」などを定期的に送付し、意見交換ができる双方向性の取り組みに期待したい。
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	毎日の申し送り事項や運営についての報告を実施している。役職者による管理職会議により、意見や提案を聞く機会を設けている。各委員会からも提案が上がる仕組みを作り、運営に反映させている。また、顧客満足度のアンケート調査や毎月のお手紙にてご家族様へ情報をお伝えする仕組みを作ります。	職員の意見・提案を聞く機会として、毎日の申し送り時や毎月開催されるユニット会議がある。年2回「目標チャレンジシート」による面接時に意見や提案を聞く機会もある。また、毎月開催されるエリア内管理者会議でも事業所の意見・提案が行われている。運営に反映された事例も多うかがえた。(勤務時間の変更や改装に関する提案など)	
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	法人内で年間の上半期と下半期に目標チャレンジシートを作成し半期の目標と達成について評価を行い職員の意識向上に努めている。また、職員からの意見や要望を定期的に聞き取り働き甲斐ある職場へ改革している。また法人内のキャリアパスより職員の意識向上に努める。		
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	新人研修を実施し希望や実務に応じて外部研修の受講に努めている。		

自己 番号	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
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	定期的に西区グループホーム・小規模多機能地域連絡会に加盟し連絡会議に参加している。法人内事業所間で行事の参加やスタッフ間の交流に努めている。		
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	利用前に、ご本人及びご家族・担当医より情報共有を行った上で、面談を行い、本人・家族の意向を確認した上でサービスの導入を行っている。入所後は担当スタッフを決め、本人が安心安全に生活が送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	必要に応じて何度も入居相談を行っている。ご家族様の不安を取り除くよう話しをしっかりと傾聴し、ご家族様の思いを反映させたアセスメントシートの作成を行い現場に配布し情報共有している。また、入所後の不安を取り除くため、定期的に電話で情報提供をしている。担当者からの手紙も再会していきます。		
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	管理者と施設ケアマネージャーで面談を実施。在宅のケアマネージャーや医療機関、地域包括センターと連携を図り適切なサービス提供が可能か否か等の検討を行っている。ご利用者の生活面での情報を沢山集め活用していきたいと思えます。		
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	個別の生活で希望に添った支援を展開するためにアセスメントシートを活用し本人を多角的に捉えサービスの提供に努めている。食卓の席は本人の意向とADLに合わせた配置を心がけている。		
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	定期的にお電話にて本人の様子をお伝えしたり本人から電話するなど家族間との関りを大事にしている。これまで新型コロナウイルスの影響もあり家族様の施設行事への参加は見送りましたが、今年度の夏祭りでは参加を促すように勤めていく。また、家族様と細かな情報まで共有しケアプランへ反映を行っている。		
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	いつでも電話できるように努めている。また、十分な感染対策を行った上で面会制限を解除し家族との絆が失われないよう努めている。	コロナ禍の影響で、馴染みの人(家族・知人など)との関係継続では面会など自粛を余儀なくされていたが、現在は制限を解除されて面会などができている。電話の取り次ぎや手紙などの支援も行われている。馴染みの場への外出支援は十分にできていないが、家族の協力を得て受診時などには、車椅子の貸し出しを行い、一時帰宅などされる人もおられる。	

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
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	施設行事やカラオケ・毎日のリハビリ体操を通してご利用者同士の交流できる機会を設けている。リビングにはソファを設置するなどの工夫を行い、食事の座席配置も含めて配慮に努めている。		
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	他施設への転所または退去後であっても支援中であるという認識で捉えて対応を行っている。希望に応じて他施設へ紹介など誠意をもって対応している。死亡退去の際は荷物の後片付けや清算が済むまで関わりを行っている。		
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	サービス導入の際には、暫定の施設計画書を作成している。入所時から個別に関わる時間を多く持つことで意向を把握し、本人本位のサービス提供となるようにアセスメントシートによる情報の共有を図り個別化するよう努めている。	職員は、日常的に会話や状態の観察などを通じて希望や意向の把握に努められている。詳細はカルテやアセスメントシートに記録し共有されている。意思表示などが困難な人や重度の人が、各ユニットで数名おられる。職員が誰でも気づきや状態を記録できる仕組みや検討の場を設けて、家族との連携や介護計画の見直しなどに反映できる取り組みに努めてほしい。	
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	入所前に情報シートに記入を頂き、入所前面談及び入所後もアセスメントを実施している。また、その内容をケアプランに反映し支援に活かすように努めている。		
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	日々の状態の観察と把握に努め詳細を記録し共有に努めている。また訪問看護師や訪問理学療法士や医療機関との連携を図り個々の状態に合わせたケアの取り組みに努めている。		
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	毎月1回のユニットミーティングにおいて、ご利用者ごとのモニタリングを作成し実施している。ご本人、ご家族の意向を確認しながら6ヶ月おきに介護計画を作成し配布している。入院、退院時には状態の変化に合わせて暫定サービスを提供している。ご利用者・ご家族の思いをケアプランに反映させるためにも情報収集はこまめに行っていく。	モニタリングは毎月職員が行い、月1回のユニットミーティングにおいて、利用者ごとに計画作成担当者を中心に検討されている。6か月おきに介護計画の見直しが行われて、利用者家族の意向や、職員、関係者(主治医、看護師、理学療法士など)の意見なども踏まえて、利用者ごとに介護計画が作成されている。しかし、それぞれの利用者の暮らしをより良くする計画作成のため、より具体的な内容が求められる。職員の利用者担当制など導入も検討してほしい。	今後は、利用者の意向や思いの把握が、介護計画の短期目標(サービス実施内容)に反映できる取り組みに期待したい。(利用者の意向や家族からの具体的な希望の聞き取りと、目標も実現可能な具体的な内容にするなどの工夫が望まれる。)
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	個々にカルテを作成し日々の状態やケアの実践内容を記録している。また、申し送りや毎月のモニタリング等を活用し検討の機会に反映させるようにしている。担当者だけでなくチームで検討し具体的な介護計画作成を目指す。		

自己 番号	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	新型コロナウイルス感染症の影響により個別の外出支援(食事や買物)は中止しているが病院への受診援助を中心に実践している。また、身体面・精神面・社会面の充足を行うための各種委員会を設置し、独自の活動を行っている。		
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	近隣事業所の開催する納涼祭やお茶会、初詣やどんと焼きなど季節に応じた行事に参加予定していたが、令和4年度は新型コロナウイルス感染拡大により出来ていない。		
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	契約時に医療の意向シートを作成し緊急時の希望病院や延命治療に関する事項を確認しながら連携を図っている。訪問看護師と医療機関が連携できるよう情報共有連携シートを作成し情報共有を行っている。訪問看護師来所時にも訪問診療前の情報を共有できるよう取り組んでいる。	契約時に利用者家族の希望で医療機関やかかりつけ医が選択できることが説明されている。従来からのかかりつけ医を選択されている利用者が2名おられ、主に家族支援で受診などされているが、都合で同行できない時には職員が支援されている。多くは事業所の協力医をかかりつけ医として、月2回の訪問診療を受けている。訪問看護が週2回有り、健康管理や医療機関との連携をされている他、24時間医療連携体制が構築されている。	
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	週2回の訪問看護及び訪問看護ステーションと24時間365日連携を行える体制を構築。また、訪問看護師と医療機関が連携できるように情報共有シートを作成し書面での情報共有を行っている。		
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。	入院時に介護サマリーを作成し医療機関に情報提供している。また、退院時にサマリーの提供を受け退院後のケアに反映させ連携を図り情報共有に努めている。退院の調整については管理者が中心となり医療機関の連携を行っている。	今年度は入退院者が2名おられた。入院時は介護サマリーや主治医の紹介状を医療機関に提供している。入院中はコロナ禍の状況で、地域医療連携室とは電話などで連絡を密にして、早期に退院できるように、情報交換や相談に努められている。退院時はカンファレンスができれば参加されたり、看護サマリーで受け入れ体制に努められている。	
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	入居時の面談において終末期に関する意向について確認を行い、医療の意向シートを作成している。また、重度化した場合の対応にかかる指針・終末期・急変時に伴う基本的な対策に基づき、重度化した際には医療機関との連携も含めて、随時ご家族と相談しながら対応するようにしている。	契約時に家族の意向を聞き、緊急時の希望病院や延命治療に関する事項なども「重度化した場合の指針についての具体的なサービス内容」で説明・同意を得ている。重度化した場合の対応では、「終末期の対応に関する意向確認書」で説明・同意のもとで、医療関係者(主治医、看護師など)や利用者家族と相談しながら、看取り介護計画に取り組んでいる。今年度は看取りの支援者はおられない。	
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	急変時・緊急時の対応マニュアルを作成し、全スタッフが共通に対応を行えるように定めている。また、看護師による勉強会を開催し周知を行っている。		

自己 番号	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回の消防避難訓練を開催。管内消防署への届出と事前の打ち合わせや報告書の提出を行っている。また、災害時の対応研修の実施と運営推進会議にて地域の避難場所での対応方法を確認している。消防署員の指導により、災害時には施設の構造上、大きな移動を行わず施設内の方が安全と指導を頂いている。BCP作成を早急に法人が主となり作成していきます。	消防避難訓練などが年2回(昼夜)実施されている。ハザードマップでは、洪水や土砂災害は想定されていない。緊急時の連絡体制の構築や対応訓練までには至っていない。備蓄品は水・食料品など3日程度は確保されている。運営推進会議では地域の協力体制での依頼もされている。今後は、立地条件から想定される災害対策として、BCP(業務継続計画)の策定に取り組んでほしい。(令和6年4月より義務化となる。)
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	高齢者虐待防止委員会を中心に、人権擁護に関する勉強会の実施している。また、事故及びインシデント報告書を作成し委員会にて検討している。6月より書式を新たにシートを作成し良い声掛け、悪い声掛けを正確に記入し自覚できるよう工夫していく。	高齢者虐待防止委員会が中心で、人権擁護及びプライバシーの確保に関する勉強会が予定されている。(10月)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、「チェックリスト」を新たに作成されて取り組まれるとうかがった。(6月より)プライバシー配慮では、居室でのノックや声かけ、トイレ誘導時の声かけ、入浴時の同姓介助などに努められている。
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	質問の仕方や選択肢を多く提示できる言葉かけを行っている。可能な限り自己の決定を促せるように努めている。また、意思表示が困難なご利用者に対しても同様に働きかけている。	
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	ご利用者の生活のペースや外出の希望などに添えるよう支援を行っているが、入浴や食事などの団体生活となっている部分もあるが決して無理強いはいないようにしている。	
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	その日に着用したい洋服を一緒に選んだり、毎日の整容を実地している。週2回以上の入浴と定期的に爪切りを行っている。また、月に一度訪問美容を活用した支援も行っている。	
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	食事の準備や片付けなど、出来る活動は積極的に協働して行っている。手作りおやつ提供、外部飲食店よりのデリバリーなど、ご利用者の好みに合わせた食事提供と参加しやすい内容と取組みを展開している。昼食は職員も一緒に同じメニューを摂取することにより、ご利用者と会話しながら楽しむように取り組んでいる。	日々の食事の準備では、盛り付けや食器洗いをされる利用者がおられる。おやつ作りも企画され、利用者と一緒に行事の時、誕生会などの際にデリバリーを利用するなど、楽しみの時間となっている。また、嗜好調査を行い、ラーメンが食べたいとの希望を聞くなど、利用者の希望も聞きながら、楽しめるよう職員と共に取り組まれている。
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	食事量・水分摂取量は記録を作成し日々の確認を行っている。毎月の体重測定も実施している。水分摂取には積極的に取組み、脱水や感染症の予防、便秘予防対策として野菜ジュースや豆乳・ヨーグルトなどを導入している。また、医療機関からの指示を仰ぐことも行っている。本人の希望に合わせた昼食作りやおやつ作りを取り入れていきます。	

自己 番号	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
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に、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	毎食後に口腔ケアを実施している。また、往診による歯科医師と連携を行い定期的なチェックと併せて、アセスメントやアドバイスを頂ける体制を構築している。		
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	24時間、排泄チェックシートを作成し、個々に応じた排泄パターンの把握や排泄のサインを見逃さないようにしている。本人に合った排泄用品を選択し自立に向けた取り組みを行っている。	おむつ使用の利用者が3名、ポータブル使用の利用者が1名で、後の利用者はリハビリパンツでパット併用となっている。利用者自らトイレへ行かれる方もあるので、その利用者は、トイレ利用のあと記録をしている。時間を決めてトイレ誘導するのではなく、利用者の様子を見ながら、タイミングを図りながら声かけするなど工夫されている。退院後おむつに変更された利用者にもできるだけ早く元の排泄用品への移行の取り組みをされている。	
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	医療機関と連携を図りながら、定期的な運動の機会を確保している。緩下剤に頼らないように野菜ジュースや豆乳・ヨーグルトなどを導入している。排泄表を活用し排泄パターンの把握を行っている。		
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	毎日入浴できる準備をし、入浴の希望の有無を確認しながら、ご利用者の意向や自己決定を尊重している。定期的には大浴場を使用し好評を得ている。	全ての利用者が平均して週に2回以上の入浴ができるよう配慮され、予定しておられる。月に4回は大浴場を準備し、利用者の希望も聞きながら支援されている。入浴を嫌がられる利用者には、時間を変えたり、日を変えたり工夫されている。入浴剤やゆず湯も取り入れて入浴を楽しんでもらっている。	
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	全体の就寝時間は決めず、個々の生活歴や生活パターンを大事にし、室内灯や室温等も含めて、個々の希望に合わせた対応を行っている。		
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	ご利用者毎に処方箋ファイルを作成し、全職員が薬の服用等把握に努めている。処方箋の変更等の場合は記録に残し、その状態の確認を行っている。協力医療機関と薬局との連携を図っている。		
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	生活全般において、掃除・洗濯・調理(盛り付け)など、個々の希望に応じて実施を促している。近隣への買物や定期的な物品の購入は新型コロナウイルスの影響により職員が代行して行っていたが、現在はご利用者とご一緒に買い物を実施している。		



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
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	その時々々の希望に応じて個別の外出支援を行っている。また、ご家族の協力が得られる時は外出や外泊が出来るように支援している。春・秋に遠足やドライブを企画、誕生日を祝ったりした援助に取り組んでいる。6月からは更に回数を増やし取り組む。	日常的な外出の機会をつくることは難しいが、定期的にドライブに行かれたり、庭の畑で野菜の栽培などの世話で外気浴となることもある。動けない利用者には、リクライニングの車椅子で日当たりの良い場所に誘導して日光浴の支援もされている。散歩は4、5名で近くの公園などへ行かれることもあるが、まんべんなく利用者を誘うなど工夫が望まれる。	
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	日常の金銭管理は施設で行っている。外出による買い物では出来る限り本人が支払う場を作っている。週に一度パン屋さんが来られる時も職員が付き添い自身で支払うよう働きかけている。		
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	自由にご家族や友人に手紙や電話をかけたりする場面を作っている。希望に応じて職員が代行するときもある。		
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	年間を通して季節感を感じれるように行事や環境作りを行っている。リビングキッチンで調理を行うことで、様子や調理時の音など日常生活の一部として感じて頂けるように努めている。また、実際に料理の補助や盛り付けをしていただきながら普段と変わらぬ生活を送っていただくよう務める。	フロアは広く、廊下もゆったりと通ることができ、食堂もテーブル椅子とソファなどが配置されてくつろげるようにされている。オープンキッチンでは職員が食事の準備などをされている。事業所内は清潔に保たれているが、生活感や季節感が少なく、利用者が過ごされる空間として工夫が望まれる。クロスを張替えられて、居室の前の壁には、現在プレートを製作中であるとうかがった。	
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	リビングにはソファを設け、ご利用者が交流できるように配慮している。フロアに応じてソファの数や場所を適時変更している。野外にも椅子を設置し日光浴しながら会話できるよう工夫している。		
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	入居時は自宅から使い慣れた物を持ち込んで頂き環境の変化を最小限に抑えるように努めている。また、ご家族と適時相談しながら荷物の追加・入れ替え・変更を行っている。定期的に模様替えを行ったりしながら気分転換を図っている。	居室には、自宅から長年使用されていた筆筒や鏡台、観葉植物、飾り棚など自由に持ち込みされている。テレビや仏壇、ぬいぐるみや衣装ケースを置かれている居室もある。また、マットを敷いておられるところもある。居室にはベッドとチェスト、カーテンを常備され、作り付けのクローゼットもあり利用者は布団類と身の回りのものを持参されている。	
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	ご利用者に応じた居室の目印を付ける等の工夫をしている。車椅子を利用されるご利用者にはソファやテーブル椅子へ移乗し気分転換を図るなどの制限のない生活が送れるよう心がけている。		