

### 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	2873600411		
法人名	医療法人社団 西はりまクリニック		
事業所名	西はりまグループホーム昌仙庵		
所在地	兵庫県たつの市菅田町福田780-40		
自己評価作成日	令和6年9月20日	評価結果市町村受理日	令和6年11月7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)】

医療法人が母体で、隣接する診療所との連携により、適切な医療を24時間対応で受けることが出来る。また、日々のリハビリ(物療)や筋力維持のためのパワーリハビリを受けることが出来る。本人や家族の希望があれば、可能な限り看取り介護まで行う。

※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)】

緑に囲まれた高台に立地する、家庭的な雰囲気のグループホームである。医療法人が運営し、経営母体である医療機関が隣接し、24時間対応の医療面でのサポート体制が整っている。医療機関で物理療法・パワーリハビリを定期的に行うことが可能であり、入院対応、終末期対応でも連携体制がある。医療機関の管理栄養士が作成する献立、卸売市場で購入した新鮮な食材による手作りの食事を提供し、利用者の希望を取り入れた献立による食事作り・おやつ作りを各月1回行い、誕生日会はケーキで祝う、外食を再開する等、食事を楽しめる支援に注力している。

#### 【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6年10月9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)	○	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、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	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	法人理念や施設の基本方針は、職員会議で振り返りで確認出来ている。ただ、事業所独自の理念を作り上げるまで至っていない。	法人理念・事業所の基本方針に、地域密着型サービスとしての意義を明示している。事業所の基本方針をフロアやスタッフルームに掲示し、職員間の周知を図っている。ユニット会議・職員会議で利用者支援等について検討する際は、基本方針に基づいて検討するように努めている。	法人理念・事業所の基本方針の実践状況を、職員会議等で定期的に振り返る機会を設け、実践に向け具体的に取り組む仕組みづくりが望まれる。
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	施設の立地条件上、地域との日常的な交流は出来ていない。また、季節行事などの招待も、感染症の影響でコロナ過より出来ていない。	立地条件や利用者の高齢化等により、特にコロナ禍以降は、地域交流が困難な状況である。自治会長の運営推進会議への参加、老人会からの敬老の日の祝い品の受け取り、外食での地域への外出等、可能な方法で事業所・利用者が地域とつながりを持つよう取り組んでいる。	利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域交流・地域貢献に向けた取り組みを期待する。
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	積極的にには行っていない。	/	/
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	家族さん、自治会長さん、市の担当者の方から意見や助言をいただきサービスに活かしている。	家族・自治会長・たつの市高齢福祉課職員・事業所職員を構成委員とし、2カ月に1回開催している。運営推進会議の案内文書を、全家族に配布し参加を呼びかけている。会議では、資料をもとに行事・活動状況、利用者状況の報告、時期に応じたテーマでの情報提供を行い、参加者との意見・情報交換、「身体拘束等の適正化委員会」・「高齢者虐待防止委員会」を行っている。議事録ファイルを玄関に設置し、公開している。	利用者・知見者も構成委員として位置付けられているため、参加が得られるよう取り組まれることを期待する。利用者については、心身の状況に配慮し、短時間参加も検討されてはどうか。

西はりまグループホーム昌仙庵

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	メールや電話で連絡を取り合っている。	運営推進会議に、たつの市高齢福祉課から参加があり、連携している。グループホーム連絡会(2ヶ月に1回開催)に参加し、連絡会を通して市との連携もある。報告・問い合わせ等があれば、市の担当窓口でメールや電話で連絡を取り 適正な運営に取り組んでいる。	
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	施設の立地条件上、安全確保のために玄関の出口方向には暗証番号による施錠は行っている。身体拘束防止適正化委員会で地域や市の意見や助言を頂き身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	「身体拘束廃止に関する指針」を作成し、運営推進会議の中で「身体拘束等の適正化委員会」を2カ月に1回実施し、議事録を作成している。身体拘束をしないケアの実践に努めているが、緊急やむを得ない事例については、定められた手続き・記録を行い、解除に向け取り組み、運営推進会議の「身体拘束等の適正化委員会」でも外部者を交えて検討することとしている。職員会議の中で「高齢者虐待防止」の研修を実施し、その中で身体拘束廃止に関する研修を実施している。参加できなかった職員は、資料の回覧で周知を図っている。立地条件上、玄関は施錠しているが、利用者に外出の希望があれば、敷地内を散歩し、閉塞感を感じないように取り組んでいる。	「身体拘束等の適正化委員会」の内容の職員周知を明確にする工夫が望まれる。また、職員間でも、利用者の行動制限について振り返る機会を設けることが望まれる。職員会議の議事録に研修資料も添付し、職員周知を明確にする工夫が望まれる。
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	ケア会議での話し合いや医療安全委員会でアクシデント等の報告をし検討している。ホール内では防犯カメラの設置もしている。	「高齢者虐待防止のための指針」を作成し、運営推進会議の中で「高齢者虐待防止委員会」を6カ月に1回実施し、議事録を作成している。職員会議の中で「高齢者虐待防止」の研修を実施し、参加できなかった職員は、資料の回覧で周知を図っている。気になる言葉遣いや対応があれば管理者が注意喚起し、不適切ケアの防止に取り組んでいる。法人はストレスチェックを行い、管理者は相談しやすい関係づくり、職員への個別の配慮に努め、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。	「高齢者虐待防止委員会」の内容の職員周知を明確にする工夫が望まれる。また、職員間でも、不適切ケアについて振り返る機会を設けることが望まれる。職員会議の議事録に研修資料も添付し、職員周知を明確にする工夫が望まれる。

西はりまグループホーム昌仙庵

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
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	個々のケースに応じて対応し、相談に応じている。	成年後見制度の利用事例が1件あり、事業所として制度利用を支援している。制度利用の必要性があれば、管理者が制度について説明し、適宜相談対応している。	権利擁護に関する制度について研修を実施する等、職員が学ぶ機会を設けることが望まれる。
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	契約時に十分な時間をとり説明を行っている。不明な点や不安なことを聞き取り説明をしている。退所時にも十分な説明を行っている。	入居相談・入居希望があれば見学対応し、パンフレット等をもとに説明している。契約時は、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。特に、重要事項説明書は、全体的に時間をかけて丁寧な説明に努め、理解と納得を図っている。契約内容の改定時は、変更内容を文書で説明し、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	玄関先に「ご意見箱」を設けて直接言いにくいことも受付けている。また、普段から何事も言いやすい関係を心がけている。	面会時・電話連絡時・毎月郵送する「家族への手紙」で近況を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。玄関に「ご意見箱」も設置している。個人的な内容については「申し送りノート」で職員間で共有し、個別に対応している。面会など運営に関する内容は、法人とも協議の上で回答している。運営推進会議に家族の参加を要請し、外部者に意見を表す機会を設けている。利用者の意見・要望は、日々の会話の中で把握に努め、「申し送りノート」で職員間で共有し、内容に応じて家族の協力も得ながら、個別に対応している。	
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	朝礼やケア会議で意見や提案を聞く機会を設けている。必要に応じて代表者にも相談している。	ユニット会議・職員会議を月に1回開催し、職員の意見・提案を利用者のケアや生活支援、業務等に反映できるよう取り組んでいる。日々の検討事項は朝礼や業務の中で都度検討し、「申し送りノート」等で共有している。管理者が適宜個人面談を行い、職員の意見を個別に聞く機会を設けている。法人内の所属長会議(週1回開催)で、各事業所の職員の意見を共有している。	

西はりまグループホーム昌仙庵

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
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	勤務状況を把握し、人員配置や給与水準の引き上げ、職場環境の改善に努めている。		
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	職員の質の向上のため、個々に応じた研修や資格取得の提案を行っている。		
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	グループホーム連絡会にて、意見交換や情報交換を行っている。		
<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	本人の会話や行動から、表情、言動、行動の変化がないか気づけるように心がけている。意思疎通が難しい方の場合には、家族や基本情報などから探り、本人の思いを出るだけくみ取れるように努めている。		
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	電話や手紙、来所されて時に近況報告をし、家族からの意見や要望があれば職員で話し合い、より良い解決策を考え、家族との良い関係づくりに努めている。		
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	家族からの提供された情報や本人との会話の中から、その時必要なサービスを考えケア会議などで話し合い対応している。隣接する医療施設での受診やリハビリ、訪問歯科等必要があれば提案、紹介を行っている。		
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	本人の希望や適性を考慮し、料理や家事などを手伝って頂き共に過ごす関係を築いている。また、会話の中から本人の思いをくみ取り、共感したりしながら、同じ目線で会話ができるように努めている。		

西はりまグループホーム昌仙庵

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	家族に手伝って頂けることは相談して手伝ってもらうなど、共に本人を支えていける関係を築いている。	/		
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	利用者の知人が来所されたり、リハビリ先で偶然に出会ったり、本人の状態も考慮してお話して頂いたりしている。手紙や贈り物が来た時は、本人に渡して家族にも連絡している。	家族・(利用者の同意を得て)知人との面会に対応し、馴染みの人との関係継続を支援している。リハビリ先の隣接病院で、馴染みの人と出会う機会もある。電話・手紙・贈り物の取り次ぎでも、馴染みの関係継続を支援している。自宅・墓参り・受診等、馴染みの場所への外出は家族が同行し、事業所として外出の準備や調整等を支援している。		
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	日常生活や余暇活動を通して利用者同士が関わり合えるように声掛けをしたり、難聴の利用者であれば代わりに伝えたりして関わり合えるようにしている。	/		
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	移動先にも利用者の詳細な情報を提供し、本人・家族の心配事や相談にも応じている。移動後も本人や家族に会った時は、現状を伺ったりしている。	/		
<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	日常会話の中で本人の思いの把握に努めている。ケア会議での、情報共有に努めている。	入居前に聴き取った生活歴や嗜好品等は「基本情報」に記録している。家庭的で話しやすい雰囲気づくりに努め、日々の会話の中で把握した思いや意向は、「申し送りノート」に記録し共有している。意思の疎通が困難な場合は表情・言動・反応等から汲み取ったり、面会等の機会に家族から聴き取る等、把握に努めている。	把握した情報については「アセスメントシート」の特記事項欄に追記する等、共有する仕組みが望まれる。	

西はりまグループホーム昌仙庵

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	本人や家族以前利用していたサービス事業者等の情報収集し、経過把握に努めている。		
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	食事量や排泄状況の他、言葉や表情からも、その日の状態を把握している。利用者さんごとの過ごし方を尊重し、強要はしないよう心掛けている。		
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	ユニット会議やケア会議では利用者一人一人にあったケアについて話し合い、介護計画を作成している。	入居時の聴き取りから作成した「基本情報」をもとに初回の「施設サービス計画書」を作成している。サービスの実施状況は「ケース記録」に記録している。利用者個々の検討事項については、ユニット会議・職員会議で適宜検討している。「モニタリング表」で毎月モニタリング・評価を行い、必要時は随時、定期的には6か月毎に施設サービス計画の見直しを行っている。計画見直しの際は、計画作成担当者と利用者担当職員で検討している。	施設サービス計画の内容を職員間で周知し、計画に基づいたサービス実施をケース記録に残すことが望まれる。施設サービス計画見直しの際は、モニタリング・評価とともに、再アセスメントを実施し、サービス担当者会議で検討し議事録に記録することが望まれる。
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	業務日誌や個人記録の他、申し送りノートやユニット会議やケア会議で情報を共有している。		
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	可能な限り本人や家族のニーズに応えられるよう検討している。		
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	運営推進会議等で自治会長、市職員、家族等で交流を図る。		

西はりまグループホーム昌仙庵

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
30	(14)		<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>本人、家族の意向により主治医は決めてもらっている。専門的な医療が必要な時は主治医から他の医療機関を紹介している。</p>	<p>契約時に、希望するかかりつけ医を確認している。週1回主治医(内科)、必要に応じて月2回法人母体の隣接する医療機関から整形外科・脳神経外科・リハビリテーション科、希望者は訪問歯科の往診が受けられる体制がある。必要時・緊急時の他科受診の際は、主治医からの紹介・情報提供を行っている。週1回訪問看護師が来訪し健康管理を行い、随時の処置も可能である。隣接の医療機関とは24時間の連携体制がある。「施設サービス計画書」に沿って、隣接の医療機関で物理療法・パワーリハビリを定期的に受けられる体制がある。往診・受診結果は、個別の「ケース記録」に記録し、「申し送りノート」で共有している。</p>	
31			<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの利用者を観察し、身体、心理生活状況を含め看護師と相談しながら支援している。</p>	/	
32	(15)		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院となった場合、情報提供書の作成や実際に面接等して、情報交換を行っている。</p>	<p>法人母体の隣接の医療機関に入院する場合は、日頃から情報共有できており、事業所が洗濯物の支援にも対応している。他の医療機関に入院する場合は、入院時に「情報提供書」で情報提供している。入院中は管理者が医療連携室と情報交換し連携を図り、早期退院・リハビリに向け支援している。入院中に把握した情報は「申し送りノート」で共有している。母体が医療機関であるため、看護師と連携でき、退院後の事業所での支援やリハビリに活かしている。</p>	<p>入院中に把握した情報は、「ケース記録」等に個別に記録を残し、経過を共有できる仕組みづくりが望まれる。</p>

西はりまグループホーム昌仙庵

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	重度化や終末期の利用者について主治医と相談し、家族とも話し合いチームで情報共有し必要に応じて看取りの支援を行っている。	契約時に「看取りに関する指針」「医療連携体制について」に沿って事業所の方針を説明し、文書で同意を得ている。重度化を迎えた段階で、家族・主治医・事業所で会議を行い、看取りの希望があれば「看取り介護の同意書」「看取りにむけた施設サービス計画書」を作成し、隣接の医療機関と情報共有し、チームで看取り支援を行う体制がある。近年看取り介護の事例はないが、あれば「ケース記録」に経過を記録することとしている。	
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	隣接する医療機関との連携をとっている。		
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	定期的な訓練の実施、毎月の防災マニュアル読み合わせを行っている。運営推進会議で自治会代表と相互協力を行っている。	年2回隣接する医療機関と合同で、昼間想定地震発生時の総合訓練(消火・通報・避難)を実施している。隣接する医療機関とは、互いに応援要請ができるよう連携している。直近では令和5年11月と令和6年6月に、新人職員や訓練未参加の職員を優先的に、可能な利用者也参加して訓練を実施している。訓練後に研修として自然災害・火災発生時の机上訓練も実施している。年度内にも、訓練実施を予定している。夜間災害の場合は、隣接する医療機関・社会福祉法人施設との協力体制が構築されている。備蓄については、隣接する医療機関で共同備蓄しており、管理栄養士が管理している。事業所としては、非常電源を備えている。	訓練に参加できなかった職員を含め、全職員に日中・夜間の避難方法や課題を周知共有できるよう、計画書や報告書を共有することが望まれる。

自己 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
<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	何気ない利用者の言葉に気が向くよう対応している。	週1回隣接する医療機関で「全体朝礼」があり、その中で院長から一人ひとりの人格尊重や言葉遣いについての話があり、職員は「朝礼ノート」で周知・共有している。気になる言葉かけがあれば、管理者から適宜注意喚起している。個人情報取り扱いについては、契約時に「個人情報保護について」で説明し、文書で同意を得ている。	プライバシー保護・接遇等について研修を行い、人格尊重や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ることが望まれる。
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	日々の何気ない行動や言動を観察し、自己決定できるよう声掛けしている。		
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	その人に合った時間の過ごし方がどのようなものか本人の希望に沿えるようにしている。		
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	今日はどの服にするかできる限り利用者を選んでもらっている。		
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	栄養士の献立以外に月に一回手作りの食事、手作りのおやつの日を設けて季節らしさや昔ながらの味などを楽しんで頂ける献立を考えている。	管理栄養士が作成する献立、卸売市場で購入した新鮮な食材を取り入れ、各ユニットで手作りの食事を提供している。利用者個々の状況・病態に応じて、刻み食・ミキサー食・とろみ食にも対応している。管理栄養士による献立に季節感や行事食があり、利用者の希望を取り入れた献立による食事作り・おやつ作りを月1回を行い、誕生日会はケーキで祝う、外食を再開する等、食事を楽しめる多様な機会を設けている。	

西はりまグループホーム昌仙庵

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
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	一人ひとりの状態に応じて、刻み食、ミキサー食、トロミ食など考えて提供。水分補給はお茶の時間以外にも状況に応じて行っている。		
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	食後の口腔ケアは利用者に応じた方法で実施している。		
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	排泄表を作成し、排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。	排泄の自立度が高く、日中・夜間共にトイレでの排泄ができるよう個別に支援している。「排泄チェック表」を作成(2階ユニット)し、利用者の排泄状況や排泄パターンを把握し、必要に応じてトイレ誘導を行う等、個別に対応している。排泄用品や介助方法について課題があれば、管理者が職員の意見を集約し、家族と相談の上「申し送りノート」で共有し、現状に即した支援に努めている。排泄介助時には、カーテン・ドアを閉める、誘導時にはさりげなく声をかける等、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮している。	利用者個々の排尿・排便の記録を残し、利用者の排泄状況の把握・体調管理・支援に反映することが望まれる。(1階ユニット)
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	水分補給を促し、またホール内を歩行など身体を動かす介助も実施している。		
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	現状希望通りの入浴は困難だが、午前、午後での希望で対応している。身体の状態の観察や会話を楽しくめるように支援している。	一般浴槽での個浴で、「ボード」に入浴予定を掲示し、3日に1回入浴ができるよう調整している。体調や気分に応じて、午前・午後の希望・日にち変更・同性介助等、柔軟に対応している。身体状況により浴槽に入れない場合は、シャワー浴・足浴で対応している。入浴を嫌がる利用者には、適宜声かけ方法やタイミングを工夫し、個別に支援している。	

西はりまグループホーム昌仙庵

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
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	安眠や休息は本人の状況に合わせ声掛け等行っている。		
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	居宅療養管理指導を管理薬剤師に依頼している。(希望者のみ)薬の変更等あれば薬情等で確認している。		
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	利用者の能力に応じて家事手伝いを行ってもらっている。余暇活動ではトランプやぬり絵、本人がしたいと思うものを行ってもらっている。		
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支援している	月に一度行事の日を設けてお花見や外食など非日常の時間を楽しむ機会をつくっている。	気候の良い時期には、利用者の意向や状況に応じて、敷地内の散歩、玄関先の花の鑑賞等、個別に戸外で過ごせる機会を設けている。現在は高齢化のため、体力的にも外出行事を行うことが困難な状況ではあるが、花見や外食等を可能な範囲で再開している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	管理担当者が施設内でお金の管理をしている。家族了解のもと。		
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	本人の希望に応じ対応している。		

西はりまグループホーム昌仙庵

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	季節ごとの花や季節ごとの展示物を変えている。	各ユニットの共用空間は広々しており、眺望の良い窓からの採光で明るい環境である。畳スペースにテレビを配置し、テーブル席は一人席や気の合う利用者同士で歓談できるよう配席を配慮する等、家庭的な雰囲気の中で、居心地良く快適に過ごせるよう配慮している。ユニット内のキッチンから調理の匂いや音があり生活感を感じられる。季節の花を生けたり、壁面に季節の展示物を掲示する等、室内で季節を感じられるよう支援している。午前中はレクリエーション、午後は体操、また夏祭り・敬老の日・クリスマス等の各月の行事により、共用空間で楽しめる機会づくりに努めている。	
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	利用者の状態や状況を考慮し、気の合う利用者同士が過ごせるようにテーブルを配置している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の使い慣れた家具や家族との写真をなど馴染みのあるものを飾るなどしている。	各居室にベッド・クローゼット・洗面台が設置され、希望に応じてテーブル等の事業所の備品も活用している。テレビ・冷蔵庫・衣装ケース、写真やアルバム等、使い慣れた物・馴染みの物が持ち込まれ、壁に職員からの誕生日祝いの色紙が飾られ、居心地良く過ごせるよう支援している。利用者担当職員を配置し、月の手紙の作成・室内環境整備・衣替え等を行い、家族と連携を図りながら利用者支援に取り組んでいる。	
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	バリアフリーによる対応		