

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1770600243		
法人名	有限会社シブヤ		
事業所名	グループホーム桜の園		
所在地	加賀市松が丘1丁目15-15		
自己評価作成日	R8年3月18日	評価結果市町村受理日	令和8年4月20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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイ・ワイ・エイ研究所
所在地	金沢市広岡2丁目9番7号 サークパス金沢広岡506号
訪問調査日	R8年3月27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)】

当ホームはグループ全体の理念に基づき、独自の理念「ゆったり・楽しく・自分らしく」を掲げ、利用者一人ひとりの個性を重視した支援に取り組んでいる。常に「相手の立場に立って物事を考える」ように心掛け、利用者個々の「思い」や生活リズムを大切にしている。日常のコミュニケーション・関わりを通じて利用者個々の「思い」を引き出し支援に結び付けている。又、「利用者が望む暮らしに必要な支援」を職員全体で話し合い情報共有を図っている。介護計画にも本人の「思い」や個性を重視した内容を明示し、日々の支援に繋げている。ホームでは眼前の母体医院による医療面での十分な支援をはじめとする、グループ全体の連携体制(合同朝礼、緊急時・災害時対応、イベント等)も確保されており、利用者・家族が安心出来る環境が整えられている。利用者の平均年齢が90歳を越えているので、訪問診療も導入し、利用者の健康面への支援をより手厚くしている。地域とは町内行事(奉仕作業、夏祭り等)への参加や社会資源の活用、住民ボランティアとの交流を通じ、関係性を深めてきた。新型コロナなど感染予防のため運営推進会議をはじめ ほとんどの交流を見送っていたが現在は再開 R8年度はさらに拡大する予定である。

【外部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)】

ホーム理念として「あおいうえ(あ:愛、い:いたわり、う:うやまい、え:笑顔、お:おもいやり)」を掲げている。また運営方針の「ゆったり、楽しく、自分らしく生活できる」や毎月のホーム目標をもとに、利用者の思い・意向に沿った自分らしい生活ができるよう支援している。家族との来訪面談・電話・メールの内容は連絡ノートにて職員間で情報共有している。毎月発行のホーム便りは手紙を付けて(担当職員の手書き)送付し写真などで近況を家族に伝えており、写真データも渡している。地域とは地域行事(清掃活動、町内総会等)への参加のほか、顔馴染みの地域住民との地域の情報交換、ホーム行事の際の手伝いや地域ボランティアの受け入れ、ホームの消防訓練参加、行方不明・離園対策への協力(有線放送、マップ作製)等の協力関係を構築している。運営推進会議には家族も参加しており、多様な意見を集めて運営に活かしている。家族や友人など馴染みの人が気軽に面会に来れる雰囲気作りや、新しい馴染みとして移動スーパー・パン屋での買い物業者の協力を得て支援している。運営母体医療機関とともに同一法人の有料老人ホームや通所サービス事業所とも連携し、毎日の朝礼や研修会、主治医が主催するミーティング等を通じて情報交換しており、幅広く医療・福祉のサポートができる体制となっている。歯科医との往診・年1回の歯科検診の体制も構築している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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
60 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	67 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
61 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:18,42)	○ 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	68 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
62 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 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	69 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
63 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:40,41)	○ 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	70 職員は、活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
64 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:53)	○ 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	71 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
65 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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	72 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
66 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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー) です]

自己	外部	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	運営理念や運営方針はリビングの見えやすい場所に掲示しており、職員は常に意識している。	ホーム理念「あいうえお(愛・いたわり・うやまい・笑顔・おもいやり)」、運営方針「ゆったり、楽しく、自分らしく生活できる」を掲げ、利用者本位のケアに取り組んでいる。リビングの目につきやすい場所への掲示や名札への記載、回覧板への理念の記載、新任職員研修・OJTでの学習、毎月の目標の申し送り用紙への記載を通じて職員に理念周知を図っている。日常ケアの場面や申し送り時に職員間で事例をもとに話し合い、理念・運営方針に沿ったケアとなっているかを振り返っている。	
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	地域の有識者や第三者委員・民生委員などに推進会議に参加して頂いている。	コロナ過以降は一部自粛となっているが、町内行事(町内清掃、町内総会等)に参加しており、次年度は祭り委員会に参画予定である。同じ区・班の中に職員が住まいしており、地域の情報交換、ホーム行事の際の手伝いや町内住民向けのホーム見学会、地域ボランティアの受け入れ、ホームの消防訓練への参加等につなげている。各種行事を通じて地域住民と顔馴染みとなり、子供の登下校時の挨拶運動や子供がトイレを借りに来る等、日常的な地域交流が深まっている。	
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	加賀市の主催する「家族会議支援事業」にH26年度から参加している。		
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度の推進会議を開催し、家族・民生委員・第三者委員・市職員・(有)シブヤ常務などの参加を得ている。会議の議題は話し合いを重ね、サービスの向上に活かしている。提案して頂いた資料は職員で共有している。	運営推進会議は家族・民生委員・第三者委員・地域有識者・行政担当者が参加し、年6回開催している。会議のテーマ・議題は年間を通じて話し合いを重ね、手厳しい意見をしっかりとらえて検討してサービスの質の向上に取り組んでいる。身体拘束廃止委員会の活動報告も行っている。議事録(サマリー)と次回開催の案内書面を家族に送付している。	
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	加賀市介護福祉課・社会福祉協議会・こころまちセンター(包括)とは常に連絡をとり、指導・鞭撻いただいている。担当者も大変 親切に対応くださり助けられている。また加賀市医療センターの連携室とも情報共有をしている。	行政関係者(市、社福協議会、地域包括)とは運営推進会議や地域密着型サービス事業者連絡会、日頃からの困難事例相談・情報交換(生活安全課含む)を通じて連携・協力体制を構築している。また家族支援事業・キャラバンメイト活動(地域公民館での認知症講座への講師派遣)への取り組みにより、行政とともに優しいまちづくり事業に貢献している。加賀市医療センターの連携室とも情報共有している。	
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「介護保険法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・身体拘束については委員会を設け定期的に研修を行い職員の理解を深めている。具体的な行為の他 声掛けなどにも注意し、虐待や身体拘束のないケアを実践している。	年5回の身体拘束虐待廃止委員会が立てた年間計画にそって毎月の内部研修(職員が資料作成)の実施や外部研修への参加、ミーティング時の職員間での事例をもとにした話し合いを通じて、身体拘束しないケアに取り組んでいる。利用者の行動制限につながる言葉使いや対応(スピーチロック等)について、その場面で気になることがあった場合にはその場で職員同士で話し合い意識を高めている。職員からの疑問があった場合はホームの対応方針を明示して職員に周知している。	

自己	外部	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		○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	身体拘束と同様 職員は内部・外部の研修やミーティングで高齢者虐待の理解を深めている。3大ロックをはじめ 日々のケアで ついついやりそうな声掛けや対応などにも注意している。		
8		○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	過去に日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用している入居者がいたため、割と身近なものとして理解している職員が多い。		
9		○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	契約時には、職員が2人で対応しており、説明不足にならないよう気をつけている。		
10	(6)	○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	利用者や家族が意見や希望を伝えやすいような雰囲気づくりや、会話の機会を意識的に作るようにしている。面会時には必ず、現在の利用者の状況をお話すると同時に、ご家族の希望や意見を聞くように努めている。また現在は希望する利用者家族とはLINE登録し、日頃の様子を写真や動画でお知らせし大変喜ばれている。家族からの要望もLINEを通してリアルタイムで受けている。	利用者や家族が気軽にいつでも意見や要望が言える信頼関係作りに取り組んでいる。家族の来訪面会や遠方の家族は電話・メールでのやり取りを密にして、利用者の日頃の様子や体調、食事内容等を伝え、会話する機会を意識的に多く作っている。家族との会話内容は連絡ノートにて職員間で情報共有している。毎月発行のホーム便りは手紙を付けて(担当職員の手書き)送付し写真などで近況を家族に伝えている。家族アンケートを実施しており、利用者・家族の意見・要望は検討を重ね運営に反映させている。	家族アンケートについては、今後も定期的な実施を検討されることを期待する。
11	(7)	○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	日々の申し送り以外にユニットごとのミーティング・GH全体のミーティングを行い、職員の意見やアイデアを聞くようにしている。また毎朝、渋谷医院での朝礼にユニットから1名ずつが参加しコミュニケーションをとっている。グループ全体のミーティングである渋谷医院ミーティングと管理者ミーティングにもGH責任者は参加している。	毎日の申し送り時、ユニット毎のミーティング時、全体ミーティング時、主治医(訪問診療医)が主催するミーティング時に職員の意見やアイデアを聞く機会を作っている。また毎朝、母体のクリニックでの朝礼に各ユニットから1名ずつ参加し、グループでの情報共有・コミュニケーションを図っている。職員間での日常会話の中からの意見・アイデアも積極的にとらえて、ミーティングで検討を重ねて運営に反映させている。必要に応じて個人面談も実施している。	
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	慢性的な人手不足ではあるが、シブヤグループ全体として連携し協力する体制になっている。		
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	外部研修に関しては、必要に応じできるだけ参加するいうにしている。また内部研修も個々の力量や経験に応じ行っているが、なかなか時間のやりくりがつかないのが悩みの種である。		

自己	外部	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	新型コロナ感染以降 相互訪問などの機会はなくなったが、ケアマネ同士の情報交換などは継続している。		
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	新規の利用者に対しては基本情報やサマリーのほかに職員が その方について得た情報や今後のケアのヒントとなるようなことを書き出し、できるだけ本人がゆったり楽しく 自分らしく暮らせるような環境・関係づくりをしている。		
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	家族の不安や負い目 精神的な切なさなどに耳を傾け、安心して任せて頂けるよう努めている。利用者の生活歴などについても聞かせて頂き、家族の要望と合わせ 職員と家族が一緒になって利用者の今後を支えるような関係づくりを行っている。		
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	介護支援専門員と職員は、入居希望時に本人・家族と1番必要な支援・サービスが何かをじっくり話し合うよう努めている。		
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	職員は、職員と利用者の関係が一方通行にならないよう気を配っている。また洗濯物たたみや掃除・調理の補助などできることは一緒にするようにしている。		
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	本人を家族と職員みんなで支えるという意識を持ち、そのために何が必要か何をするかなど話し合い日々のケアを行っている。(夫婦で過ごしたい利用者家族に面会時に食事介助をして頂いたり、趣味を継続したい本人には家族にも趣味活動を手伝ってもらったりしている)		
20	(8)	○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	以前の暮らしでの友人が気楽に面会に来られる雰囲気づくりや馴染みの美容室や商店に行きたい希望があれば支援する体制をつくっている。	馴染みの家族や友人が気軽に面会に来れる雰囲気作りに取り組んでいる。また新しい馴染みとして移動スーパー・パン屋での買い物を業者の協力を得て支援している。以前に働いていた場所や住んでいた家、自宅の庭の柿木の様子見等の外出を支援している。利用者より聞いた話(いきたい場所、会いたい人等)を職員から家族へ伝えて、家族の協力のもと外出(外食、自宅訪問・外泊、美容室、墓参、買い物等)している。希望があれば電話・手紙・年賀状の送付支援もしている。	

自己	外部	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	利用者どうしが仲良くできるような座席の工夫をしたり、トラブルになりそうな関係の利用者間には職員が入り、トラブルを自然な形で回避できるよう気を配っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	渋谷医院に入院された利用者に対しては職員はお見舞いに行き声をかけている。また、亡くなられた利用者のご家族とも、町で出会った際に思い出話などができるような良い関係を保っている。		
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	(9)	○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	職員は、利用者の希望や意向を聞き取り把握することに一生懸命の努力をしている。自分の言葉で伝えられない利用者については非言語によるコミュニケーションに留意するほか、何が必要か・何を求めているのか職員どうしで探り合い様々なことを試してみ、近づけるよう努力している。	職員は日頃の関わりや会話(入浴介助時や居室での1対1の場面を重視)から介護記録に利用者の発した言葉・行動・表情を「」で記録し個別情報ファイル(ひもときシート、生活支援アセスメントシート、介護記録の気づき欄等)に集約して情報共有している。その記録をもとに具体的に検討して繰り返し試してみ、利用者のやりたい事・好きな事を推察しながらその思い・意向の把握に取り組んでいる。	
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	ご家族や友人などから以前の暮らしについての情報を収集したり、生活歴を把握できるよう努めている。また、利用者本人ともさりげなく昔話などをして情報を得るようにしている。		
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	利用者本人の意向を聞き、日々を穏やかに過ごして頂けるよう努めている。職員は互いに利用者の変化や気がかりなことなどを話し、申し送りを行ったり職員のノートに記入したりして情報の共有をしている。		
26	(10)	○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	利用者・家族とは常にコミュニケーションをとり、最も必要としている支援ができるようなプランづくりに努めている。	日常会話や行動から得られた介護記録の情報とケアチェック表をもとに、利用者が生活しやすい環境作り、信頼関係作り、やりたい事・好きな事を重視して具体的にとらえて目標を設定し、計画作成担当者が介護計画を立案している。現在、センター方式を活用したライフサポートプランの作成に取り組んでいる。3か月毎にモニタリングを実施し、現状と利用者の思いや意向を確認して介護計画の更新・見直しを行っている。	
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	記録の書き方は内部研修を行い、丁寧に書くように努めている。ケアプランに則した記入も心がけており、逆にプランの見直しにも活かしている。		
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	サービスはできるだけ個々のニーズに合わせるように努めている。		

自己	外部	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	誕生会や 季節の行事などには地域のボランティアの方が協力して下さる体制ができています。		
30	(11)	○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	運営母体の渋谷医院とは密接な連携をしている。また訪問診療も導入し、月に2回の訪問以外にも利用者の体調が悪い時は すぐに連絡し指示を仰ぎ対応できる体制が整っている。	希望のかかりつけ医または母体クリニック(ホーム向かい)での受診を支援している。母体クリニックでは利用者の身体状況や希望によっては訪問診療も手配可能であり、利用者の体調の悪い時や急変時にも密に連携して指示・相談できる体制となっている。また歯科医の往診・年1回の歯科検診も提携している。希望のかかりつけ医や専門医(精神科、眼科、皮膚科等)への外来受診は家族付き添いを基本としているが、状況に応じて柔軟に職員が付き添い・送迎・情報伝達を支援している。	
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	訪問診療同様、必要な時には看護職の応援も受けている。		
32		○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。	利用者の多くが渋谷医院を かかりつけ医としており、入院や治療の際は安心材料となっている。入院・治療の際は 情報提供書を提出し、情報を共有している。		
33	(12)	○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	重度化や終末期のあり方については、まず契約時に丁寧に説明をしている。重度化や終末期の具体的な段階になると再度 利用者の意向を確認し、ご家族と職員で話し合いをしている。また医学的な見解については渋谷医院から助言や指示を受けている。	入居時に重度化・終末期におけるホームの方針を説明し、事前に利用者・家族の初期段階での意向を確認している。状態変化があり重度化・終末期の具体的な段階になった時に主治医より説明の上、家族・主治医・訪問看護・職員が話し合い介護方針を決定して利用者・家族の意向を確認している。ホームにて出来る事・出来ない事を明確にしてターミナルケアにチームで取り組んでいる。ターミナルケア研修の実施や事例後は職員全体で研修会や振り返りを実施し、家族・職員のメンタルケアを含めて今後のサービス向上につなげている。	
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	緊急時の対応について職員は外部・内部の研修で知識や技術を身につけるよう努めている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時の対応についてはマニュアルを整備し、いざという時のために備えている。行方不明・離園に対しては、地域のボランティアや町内会との連携もできている。	職員は内部・外部研修への参加やe-ラーニングにて基本スキルを学んでいる。緊急時対応マニュアル・緊急連絡網・対応手順を事務所に掲示して迅速に対応できるよう整備している。緊急時はホーム向かいにある母体クリニックとの連携体制があり、医師・看護師の素早い応援体制が確保されている。行方不明時は地域ボランティアや町内会との協力体制を構築しており、捜索のための個人情報ファイルを家族同意のうえ準備している。	誤嚥窒息対応の実技訓練を定期的実施されることを期待する。

自己	外部	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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	協力医療機関とは しっかりと支援体制が確保されている。	ホーム向かいにある運営母体の協力医療機関とは、日頃より毎日の朝礼やミーティングを通じて利用者の状態を伝えており、適切な指示・アドバイスを得る医療支援体制が確保されている。また同一法人内の他の事業所とも日頃より情報交換しており、提携している介護老人福祉施設とともに必要なバックアップ体制が確保されている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜間及び深夜は 1階2階の職員が協力して対応している。緊急時には運営母体の渋谷医院の協力も得られるので安心である。また、5分から10分で駆け付けられる職員が多く緊急連絡網にも活かされている。	夜間は各ユニット1名(計2名)の勤務体制となっている。緊急時はホーム向かいの運営母体クリニックの夜勤看護師の応援体制と医師の相談体制が確保されている。また緊急連絡網により近隣に住まいする職員の応援体制も整備されている。夜勤者への申し送り時に利用者のその日の様子と主治医・看護師からの指示内容を確認して夜間の緊急時に備えている。	
38	(16)	○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	災害対策についてはマニュアルが整備しており、年に2度の避難訓練を行う体制は整っている。	火災避難訓練は年2回(夜間想定)、消火訓練・通報訓練・連絡訓練等その都度テーマを定めて実施している。訓練には地域ボランティア(第三者委員、地域有識者等)も参加し各自の役割分担や建物内部の避難経路・利用者毎の身体状況に合わせた避難移動方法を確認している。また利用者も実際に戸外への退避訓練を行っている。地震災害発生時の一次避難場所(公民館)への避難方法も確認している。BCPIに基づき雪災の想定訓練を実施している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	避難誘導には地域ボランティア、避難場所については町内会の協力も得ている。また災害時に備えた利用者の名札の作成や情報提供について家族の同意書ももらっている。	災害対策マニュアル・BCPを策定し、避難誘導時には地域ボランティアや町内会との協力体制が構築されている。スプリンクラーや自動火災報知機等の消防設備も避難訓練時に作動点検している。非常食や飲料水等の備蓄品(法人全体で準備)や搬出袋には利用者の薬剤情報・利用者ネームプレート等も整備している。地域の防災訓練にも参加し地域との協力体制を構築している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(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	個人の尊厳の保持やプライバシーの尊重については内部研修を行い、尊厳やプライバシーを侵害することのない声掛けや対応を心がけている。	権利擁護の事例やプライバシー確保、接遇について毎年の内部研修・朝礼での講話を通じて職員に周知している。利用者の各種個人情報を受診や行方不明捜索時等で情報提供する際は都度利用者・家族の同意書ももらっている。職員の声の大きさ・ペース・表情や言葉使いだけでなく、反応の良い希望される呼称、排泄誘導時の声かけ方法、入浴介助時の同性介助の希望への対応、申し送り時の声の大きさや場所にも配慮している。	利用者に選択肢があり自己決定できる声かけ・言葉使いをこれからも全職員が継続されることを期待する。
41		○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	利用者の自己決定を大切にし、職員の側の都合が優先されないよう気を配っている。		
42		○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	職員側の都合による取り決めは避け、極力 利用者の希望に添った支援を行うようにしている。		

自己	外部	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		○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	整容や着替えなどが困難な利用者に対しては職員が行うが自分でできる方にはできる限り自分で行っていただいている。		
44	(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	献立は渋谷医院の管理栄養士が作成。調理は職員が行い 味見や盛り付けなどは得意な利用者と共にやっている。	食事の献立は母体クリニックの管理栄養士が作成し食材が配達され、家族・地域のおすそ分け食材も活かしながら調理方法を利用者や相談して食事を提供している。食事もおやつも自分で選択してよそう機会を作っている。季節の行事食(正月、花見等)や、誕生日にはリクエスト食を取り入れ、テーブルを囲んで作るお好み焼きや、利用者も一緒になって作る行事食(いなり寿司、梅干し作り、おはぎ、柿の葉寿司等)、遠足(リンゴ狩り等)も利用者の楽しみとなっている。準備や後片付け等は利用者のやりたい事・好きな事を活かして職員と一緒にやっている。	
45		○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	残食や水分補給量などは 毎食チェックしている。食事の内容や形態は利用者個々の状態に合わせて食べやすいものを提供している。必要なときにはトロミ剤を利用したり補食を取り入れたりしている。		
46		○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	職員は利用者の口腔内の状態の把握に努め、歯磨きやうがいなどの声掛けをしている。連携歯科クリニックには年に1度歯科検診をしてもらっている。また必要に応じて往診や治療・アドバイスなどを受けている。		
47	(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	職員は利用者の排泄量やパターンの把握に努め、できる限りトイレで排泄できるよう支援している。利用者の中には入居時 全介助で紙おむつ使用されていたが、現在は紙パンツを使用し日中はトイレでの排泄ができるようになった方もおられる。	全利用者について排泄チェック表を作成している。利用者の身体状況や介護度により介助が必要な利用者には排泄チェック表を活用して、排泄間隔や排泄サイン等の排泄パターンを把握している。利用者の必要に応じた声かけ誘導や排泄後の後始末チェックを支援している。夜間は利用者と相談しながらポータブルトイレ・衛生用品(オムツ、パッド等)の使用、希望に合わせての夜間の声かけによるトイレでの排泄を安眠面・身体面も考慮しながら支援している。	
48		○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	便秘の予防には、利用者の排便のリズムの把握に努め、水分補給や食事の工夫をしている。必要に応じてお茶ゼリーなどの提供も行っている。また、日中は体操の時間を設け運動不足への対応を行っている。		
49	(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	入浴は個々の希望と体調を鑑みて行っている。清潔の保持だけにとどまらず生活の中の楽しみとなるように心がけている。しょうぶ湯やゆず湯なども取り入れている。	毎日お風呂を沸かしており、利用者の希望に合わせて週2回程度の入浴を支援している。入浴剤の使用、季節の変わり湯(菖蒲湯、ゆず湯等)、好みのシャンプーや石鹸の使用、スキンケア等、利用者の生活の中で入浴が楽しみとなるよう工夫している。利用者の体調や気分に合わせて、入浴日・時間の変更、足浴・シャワー浴・清拭等へのサービス変更柔軟に対応して清潔保持を支援している。希望に応じて家族との銭湯・温泉外出も注意事項をアドバイスして支援している。	

自己	外部	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		○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	個々の生活習慣に合わせ寝る時間 起きる時間は自由になっている。また午睡も希望や必要に応じてとってもらっている。		
51		○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	薬は職員が管理している。誤薬のないよう申し送り表に服薬チェック欄を設けており、しっかり確認している。また利用者が薬を落としたりしないよう 飲み込むまで しっかりと確認をしている。また、現在は漢字が読めない外国人労働者も入職しているので、誤薬防止のため提携薬局と相談し薬袋の表示をひらがな表記にしている。		
52		○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	利用者個々に 得意なことを活かし、ホームの生活の中に役割がもてるような支援を心がけている。		
53	(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	新型コロナなどの感染予防や、利用者が平均年齢90歳超えという超高齢になったため外出の機会は減っている。近場で短時間の外出支援を増やすことをR8年度は重視することになっている。	希望に応じて散歩、移動スーパー・移動パン屋での買い物、自宅訪問、ドライブ等、個別・少人数での外出を支援している。また天気のよい時は玄関前のベンチでの外気浴や中庭でおやつを食べる等、気軽に外気に触れることができるよう支援している。春と夏の遠足外出(リンゴ狩り等)や家族との外出・外泊・外食・墓参・買い物など普段は行けない場所へも家族の協力を得て支援している。	
54		○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	グループホームは原則的に現金のお預かりはしていない。ただし、遠足の際には自分で食事メニューを選んだり、土産物店で好きなものが買えるような企画は行っている。		
55		○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	家族や親族などに電話をかけたいという利用者に対しては、その家族や親族の了解を得て電話をしている。手紙も同様。		
56	(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	常に清潔を保つよう心がけている。また温度や湿度の管理にも注意し必要ときはエアコンを利用している。また、個室やトイレなどは混乱のないよう名札を付けている。	リビング等の共用空間には絵画・書が飾ってあり落ち着いた雰囲気作りに配慮している。大きなテーブルの席順は利用者それぞれがのんびりと過ごせるよう、利用者の相性を考慮して配置を工夫している。また畳コーナーやソファでは、利用者がその日の気分で思い思いに安心して居心地よく過ごせるような空間作りに取り組んでいる。温度・湿度・天窓や吹き抜けからの採光等も適切に管理されている。	

自己	外部	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
57		○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	テレビ前のソファや椅子、リビングの長椅子、中庭のベンチなど好きな場所でくつろいでいただいている。		
58	(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	居室は利用者と家族で好きなようにレイアウトして頂き、希望によってはテレビや冷蔵庫の持ち込みも可能である。	居室にはベッド・タンス・エアコン・空気清浄機が備え付けられており、タンスは各部屋によって違うタイプの物を設置し個性を大事にしている。利用者が落ち着いて居心地よく安心してすごせるよう、使い慣れた馴染みの物(テレビ、冷蔵庫、ちゃぶ台、行事写真、家族写真、仏壇、畳の設置等)を持ち込んでもらい、利用者が一番落ち着く居室作りを支援している。家具は利用者の歩行状況に合わせて安全性と動線に配慮している。	
59		○身体機能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	居室の扉や風呂場・トイレなどは混乱しないように名札をつけたり、字が読めないかたにはマスコット人形を目印にしたりしている。歩行が不安定な利用者には歩行器や車いすの利用をしていただき安全に配慮している。		