

### 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	4372800716		
法人名	有限会社 せせらぎ		
事業所名	グループホームせせらぎ		
所在地	熊本県上益城郡甲佐町白旗986		
自己評価作成日	平成23年9月2日	評価結果市町村受理日	平成23年10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	<a href="http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</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 あすなろ福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市南熊本三丁目13-12-205号		
訪問調査日	平成23年9月16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)】**

できるだけ、本人や家族の思い、希望にあわせて、最後のときを迎えられるまで支えていきたいと思っています。看取りに関しては、ご家族や、病院などと密に連絡を取り合い、その方を支えるために、職員だけでなくみんなで1つのチームとしてケアを考えています。数件の事例を通して、職員1人1人の成長につながってきていると感じています。質の高いケアを提供するために個別の研修計画作成し、朝の送りや、ミーティング、研修会などを通して勉強し、努力しているところです。昔ながらの自宅に近い環境にあり、縁側からは季節ごとに色んな風景や臭いなど様々な刺激があります。職員がその環境を生かせるように、お年寄りの方たちや、地域の方たちに色んなことを字ばさせているところです。地域との関わりについて少し薄くなってきている現状もあるので、これから運営推進会議を初めとした活動を中心に、地域福祉の拠点として活動できるように努力していきます。

**【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)】**

田植えや黄金の稲穂に変わりゆく様子など季節の移り変わりを眺めながら、広い縁側・ふすま・障子など懐かしさを大切に残した“グループホームせせらぎ”で、入居者は一人ひとりの思いに沿った支援に努めている職員と一緒に穏やかな時間を過ごしている。ホームは地域の慣習や風土を大切にした行事や取り組み(祭りや地域葬など)への参加をはじめ、今年も猛暑が予想された夏には、“こ近所の皆様へ”と題して熱中症の予防や応急処置を記したプリントを作成し近隣に配布する等、地域の中の一員としてホームに出来る事への積極的な多くの取り組みは大いに評価できる。今後も地域行政との連携により代表者の経験やホーム長の真摯な介護への思い、職員の持ち味や法人の機能を活かし、高齢者福祉の拠点とした活躍が大いに期待される。

**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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>朝の送り出し時に理念の唱和を行い、事例を通して理念を振り返っている。また、理念に沿ったケアとはというワークシート活用し、ケアの統一を図っている。</p>	<p>開所時に作成した理念六項目の中に、一人ひとりの思いに応えるために学びつづけ、地域の中で普通の生活ができるよう努力していく事を掲げ、独自のワークシート“せせらぎのもうしおくり”を活用し全職員が思いを一つにケアの統一を図っている。シートの中には、週の始まり(月曜日)に理念の唱和を行い、理念を確認し、課題を明らかにする事が記されており、ホームの理念に対する姿勢が窺える。</p>	<p>地域の中で普通に暮らしていくことの大切さを発信し続けるホームは、本人・家族へも入居時に理念についての説明を行っている。毎回有意義に開催されている運営推進会議の中でも理念についての説明の機会を設ける事で更に、ホームの思いが強く発信されることと思われる。</p>
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>老人会の旅行、区役、地元の中学生の実習受け入れ、学童の子供達との交流など行っている。最近では積極的に色々な行事にお声かけをいただいているので、他事業所と交流して、出来るだけ参加している。</p>	<p>地域のとの繋がりを大切に暮らし続けられるよう、近隣の日常的な散策や散歩の時間を大切に交流や、行事(老人会・敬老会・祭り)へも希望や体調に配慮しながら交流を支援している。又、代表者は若い入職者も多く、“地域・甲佐町を知ろう”の思いから、地域が大切に取組んでいる活動(地域葬・獅子舞保存)にも、職員を積極的に派遣している。</p>	<p>管理者を中心に入居者の地域での活動や、職員の共有に繋がる“地域マップ”の作成を検討中であり実現が期待される。</p>
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>地域の学校の福祉体験や実習など積極的に受け入れている。運営推進会議で地域のお年寄りの状況など聞いたりして必要に応じたアドバイスなど行っている。会議に参加されたことのある方から、相談受けたりもしている。</p>	/	/

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
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	会議では、利用者の状況毎回説明している。一緒に避難訓練行ったりした。ただし内容がマンネリしてきており、グループホーム側からの報告で終わってしまい、地域の方と一緒に何かをという動きになっていない。	定期的開催される会議には、家族や時には入居者や、多くの地域代表者の参加も得られ、役所との連携の重要性からホーム長は案内状を持参し、会議日程の意向や確認を行っている。会議の中で得る地域の歴史や行事の情報は、入居者の外出の機会を広げる他、職員にとっても多くの先人の知恵や大切に残したい風土・歴史を知り得る機会となっている。又、外部評価についても説明が行われており、今回の結果についても家族への開示や会議の中で説明を行う事としている。	毎回、参加していない職員への会議報告は行われているが、今後はできる限り多くの職員が会議に参加する事で、推進メンバーとの共有や職員としての意識向上に繋げたいとしており取り組みが期待される。
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に取り組んでいる	運営推進会議やケアプランの閲覧など、積極的に情報を伝えようと努力している。	高齢者福祉の先駆者として活躍する代表者は、これまでの経験を活かし、積極的に行政との連携に努めている。又、従事する職員も地域の一人として、豊かな福祉の町に尽力したとしている。ホーム長は今後も、できるだけ行政に足を運び担当者との情報交換を行い、揺るぎない協力体制に努めていきたいとしている。	高齢者を地域で支える為に、それを支える家族や事業所、そして行政の役割の重要性から、代表者は自らの経験をはじめ、法人の持つ機能を今後も十分活かしたいとしており、引き続き行政との協力体制が“高齢者介護”の導となっていくことが期待される。
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	身体拘束とは何か、研修会など行っている。基本的に深夜(21時～6時)以外は鍵をかけない。スピーチロックは何気なく使っている場合があるので注意する。	スピーロックを含め身体拘束について、テキストを使用し研修会を実施している。玄関の施錠もなく気軽に来訪できる環境である。帰宅願望の方に対しても寄り添いや一緒に散歩をして安心してもらおうなど、職員のチームワークにより自由な時間を支援している。	
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	虐待防止についても、研修会行い、虐待の芽となりえる不適切なケアから勉強している。また虐待がおきないように職員のストレスが溜まらないように、勤務体制等注意している。		
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	自己決定・自己実現委員会の取り組みを通して、権利擁護について学んでいる。管理者・リーダークラスの研修の参加はあるが、内容難しく全員理解できてはいない。		

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
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	入居の際には、重要事項や契約書等ゆっくり説明する時間を持っている。家族の要望等もっとあると思うが上手く引き出せていない。面会時に状態の報告と、要望等聞けるように担当が必ず付き添うようにしている。		
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	運営推進会議以外では、家族会も行っているが、一緒に楽しむといったことばかりになってしまい、家族の意見を聞く機会が少なかったと思う。	運営推進会議やアセスメント時・家族会の中で意見や要望を聞き入れているが、入居者・家族が何でも安心して話し合える関係を大切にしている。特に家族が訪問しやすい環境や来訪時も入居者の状況報告など日頃よりコミュニケーションを心掛けている。又、ホーム内外の相談窓口についても契約時に説明している。	
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	管理者・リーダー会議を定期的に行い、経営・運営に関する状況を各事業所報告し、意見を出し合っている。職員にも、ミーティング時に会議の内容の報告を行っている。	ミーティングの中で出された職員の意見や提案は、定期的開催される法人の管理者・代表者会議の中で報告され運営に活かされている。代表者やホーム長は職員とのコミュニケーションを大切に日常の業務にあたり、希望休の取得等働きやすい環境に努めている。又、統括する代表者も職員と同じ目線で入居者の支援にあたり、思いを共有しながら意見を受け入れている。	
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	賞与時期に職員各自、自己評価を行い、管理者と面談を行っている。また年度初めに、教育計画票に自分自身が勉強したいこと記入してもらい、出来るだけ本人の希望に沿った研修等に参加できるようにしている。		
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	法人内では、各職員の研修計画作成し、レベルに合わせて、新人・スタッフ・管理者研修を行っている。勤務外でも夜間、2ヶ月に1回は社内研修を行っている。リーダークラスは新人スタッフへの講義など行えるように勉強している。		

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
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	宅老所・グループホーム連絡会の活動を通して、定会・懇親会への参加、各事業所の見学会など行っている。開設者研修の受け入れなど行い、代表より相談・アドバイス等行っている。		
<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	アセスメント行い、ご本人や家族と、どのように過ごしたいかなど初期の面談時に聞くようにしている。アセスメント用紙の記入を家族と一緒にしたりしている。		
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	最初の段階での面談は傾聴を中心に行う。本人の現状とグループホームのケア、家族の思いとギャップができないように努めている。		
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	他の事業者や他のサービスを紹介することが多い。地域外の場合、担当の地域包括支援センターを紹介している。		
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	利用者の方の重度化もあり、職員の動きが目立ってきている現状がある。出来る事、出来ない事しっかりアセスメントし、利用者の力を奪わないようにする。簡単な洗濯干し、調理活動等は行っている。		
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	家族面会時には、ホーム長や担当のスタッフができるだけ付き添い話をする時間をもつようにしている。状態の変化時にはその都度連絡している。散髪やお墓参りなど家族によっては定期的に外出等行ってくれている。		

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
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	個人によってできてる、できてないの差があるのが現状。軽度の方中心になってしまい、重度の方への支援が不足している。情報は集めているが全員には浸透していない。	これまで利用していた商店に好物(饅頭)を購入に出かけたり、帰省や家族・知人の来訪など個々に応じた支援である。自己決定チェックシート(入浴・就寝など五項目)により、枕の高さや硬さ、布団の重さや硬さなど、細かい目線で個々の好みやこれまでの慣れ親しんだ生活を確認し支援している。	
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	グループでの回想法等行い、どんな事をされてきたのか、など話をしたりする。日によっては、食事の介助の場面がみられたり、お部屋に行ってゆっくりしたりなどすることもある。		
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	亡くなった方、退去された方の家族にお手紙や広報をだしたりしている。他事業所に行かれた方に関しては、時々面会に行き状態聞いたりしている。		
<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	(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	自分の要望・希望が言えない方に関して、家族の思いが1番となり、本人の本当のニーズを理解できているかと思うこともある。定期的にミーティングや申し送り時に話し合っている。	入居者との日々の関わりの中や家族からの情報、自己決定チェックシートを活用し、思いや意向を入居者の目線で確認している。今後もミーティングや申し送りをはじめ、情報を共有する機会や個々が発信する思いを察知できるよう入居者と関わる時間を大切にしていきたいとしている。	
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	入居時のアセスメント以外にも、センター方式など活用し振り返るようにしている。新しい情報の記入漏れなどあり情報の共有がまだ不十分だった。		

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
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	できることできないことシート活用し、状態の把握に努めている。毎日の記録がまだ不十分で、プランなどに上手くつながっていない。		
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	各担当でプランの評価、再アセスメントを行っている。朝の送り時やプランの検討の際にできるだけ多く意見を出し合うようにしている。まだ管理者中心のプラン作成になっているので、職員1人1人の細かい気付きや意見を反映させたプランの作成行う	計画担当者は、職員と情報を共有する機会を大切に本人・家族の思いや意向を反映したプラン作成に努めている。入院や重度化した場合はその都度見直しや評価を行い現状に即した介護計画を作成し家族への説明を行っている。今後も職員の気づきや情報を記録に残し、プランに反映させて行きたいとしている。	
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	記録に関しては、不十分で、たくさんの気づきや情報はあっても口頭で伝えるだけで記録に残ってなくケアに反映されていない。みんなの意見をまとめる場や時間の設定が必要。		
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	デイサービスは移転になったがデイに体操に行ったり交流することが日課になっている方もいた。外出などの際には、他事業所に見守りなど協力してもらい行っている。急な自宅への訪問等も、本人・家族の要望に合わせて出来るだけ対応している。		
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	地域の散歩道は、地域の方が歩きやすいようにと草刈をしてくれたりした。地域の学校行事への参加している。買物場所やドライブなどその方の生活歴に合わせて支援するようにしている。		

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
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	基本的には入居以前から通っていた病院に通院するようにしているが、重度化に伴い、移動の負担、緊急時の対応などにより、協力医療機関に担当してもらっている。	入居時に希望のかかりつけ医を支援することを説明している。高齢や重度化に伴い通院から往診のできる医療機関への変更の希望があり、現在は緊急時24時間対応のできる医療機関をかかりつけ医とする入居者が殆んどであり、月1～2回の定期往診が行われている。バイタルチェックや看護師による対応で異常の早期発見に努めている。	
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	グループホーム内に正看護師1名、准看護師1名勤務。24時間、何かあればすぐに状態報告し指示してもらっている。毎日の状態等、異常があればその都度報告し、今後の対応について検討している。		
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。	できるだけ早く退院できるよう、面会や電話連絡など密に行い状況確認している。せせらぎでできる重度ケアの範囲等説明し、退院後の対応等、医師と話し合っている。食事介助の行ったり、洗濯物支援したり、できるだけ毎日会いに行くようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化し看取りの必要性が生じた場合の指針作成し家族に説明している。利用者の状態により、ケア会議を行い、家族の意向や本人の希望等、再確認し一緒に話あう機会をもっている。早めに説明しても、いまいちピンと来ない家族もいる。現状の伝え方の問題もある。	重度化・看取りの指針を入居時に配布し説明を行い、状態や段階により家族との話し合いや意向を確認している。家族の協力や主治医・訪問看護との連携で看取りケアが行われ、ホームの温かい支援に家族からの感謝の言葉が寄せられている。その方の思いに応える為に、職員は日々のケアを通し大切なこと、自分たちにできることを確認しながら重度化しベッドでの時間が長くなっても、入居者や職員・来訪者の声、自然の音、温もりを感じられる環境を心がけ支援に努めている。	
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	救急救命蘇生法の研修の参加行っている。マニュアル等確認しておくよう指示している。若い職員も多く、実技など定期的に勉強行っていく必要がある。		

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
35	(13)	○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	地域の方と一緒に夜間想定避難訓練など実施している。訓練では避難誘導に12分ほどかかってしまい、繰り返しの訓練が必要。地震対策について具体的な訓練の実施ができていないので、対策等考えていく。	年2回の避難訓練を実施し、地域の方が入居者を抱きかかえての避難などの協力が得られ有意義な訓練となっている。訓練後の評価を受け、避難後の入居者の確認方法や縁側からの安全な避難など改善点を確認している。全国のグループホームの火災や災害のニュースを受け、家族の不安への対処としてホームの設備や災害への取り組みを文書にし配布している。	最終火元確認は時間を決め実施されているが、記録に残すことで確実性に繋がる事が期待される。
<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	(14)	○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	せせらぎで作成した、「尊厳を支えるケアを考えよう」活用し、ミーティングの時などに読み合わせている。急いでいる時など、つい言葉、口調があらくなってしまう場合もたまにある。	入居者を支えると同時に入居者からの学びを大切に、「尊厳を支えるケアを考えよう」や「自己決定チェックシート」などで、重度化しても思いを大切に尊厳重視のケアに取り組んでいる。入浴時や排泄時のプライバシーへの配慮、個人情報保護や守秘義務の徹底で人格の尊重に努めている。	
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	職員が上手く聞きだせず、職員の都合で、色々決めていることも多い。そういった反省から、自己決定シート活用し、自分たちのケアを振り返り、どうしたらよいか委員会の活動を通して検討している。		
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	基本的な1日の流れはあるが、柔軟に対応できるようにしている。要望に合わせて外出等はできるだけ行っている。その日、季節、気候に合わせた声かけや促し方が職員ができていない。また身体的ケアが中心になってしまっている現状もある。		
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	美容室は今まで通われていた場所に家族に連れて行ってもらったり、家族がせせらぎで髪染めやカットしたりされている。外出の際にはおしゃれしたりするが、日常的にはできていない。		

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
40	(15)	○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	利用者の方に合わせて、下ごしらえ、皮むき、味見など行っている。食事の際に、介助の話し以外に言葉が少なく良い意味でのワイワイガヤガヤ足りない。職員中心になってしまっていることも多く、検討が必要。	高齢化・重度化により、入居者の手伝いは少なくなってきているが、下ごしらえや茶碗洗い、食材購入などできる事を一緒に行っている。好みのメニューや季節の食材・差し入れを利用した献立は好評である。嚥下状況に合わせた食事形態、食事量、栄養状態の検討など個々に応じ、時間をかけ其々のペースでゆっくりとした支援に努めている。	職員も見守りや介助を行いながら同じ食事を摂っており、声かけの工夫や、おしぼり等の利用を検討され、入居者・職員のより寛ぎの食卓となる事に期待が持たれる。
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	入居1～2週間、退院後、状態の変化時にはセンター方式D-4活用し状態の把握に努めている。食事にムラがある方は1日3食と考えず、食べれる時に、食べられるだけの意識でケアしている。状態に合わせて形態も変化させている。		
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	利用者の方の状態に応じて、歯ブラシやスポンジを使用している。訪問歯科の利用も行なっている。朝、夕は全員必ず行っている。水分口に溜めたり、拒否があったりで不十分な方もいる。		
43	(16)	○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	排泄パターンもセンター方式でチェック行い、誘導の時間検討している。できるだけ日中は、オムツ使用せず、パンツで対応している。1人のトイレ介助に時間がかかったりもあり適切な時間にきちんと誘導できてない場合もあり、失敗で不快な思いをさせてしまっているときもある。	個々の排泄パターンを把握し、昼間はできる限り布パンツを使用し、時間がかかってもトイレ誘導で自立に向けた支援である。性能を重視した排泄用品の使用や昼夜の下着の使い分けで失敗を減らすなど心地よさや尊厳にも配慮した取り組みである。	
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	ヨーグルトなどの乳製品意識して食べてもらったり、食事や効能など勉強したりしている。個別には、個人でヤクルト等購入し飲まれたりもしている。		

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
45	(17)	○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	その日の状況にもよるが、朝から、夜までできるだけ希望に合わせて対応している。2人介助の方はどうしても職員の都合で入っても入っていない。夜間人員が厳しくても、洗身無理にせず、お湯につかってもらうだけでもと行っている。	毎日準備を行い、週三回の入浴を基本に、夜間入浴や足浴、シャワー浴など生活習慣や希望・状況に応じ支援している。ホーム内の大掃除時には揃って温泉の家族湯に出かけている。又、季節風呂や入浴剤を使用し楽しめる入浴支援に繋げている。	
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	座位の状況や体調に合わせて自室やこたつに休んでもらっている。長時間の座位は避けてこまめに椅子や場所を変えるようにしている。眠れない時は一緒に添い寝したりしている。		
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	薬の作用、副作用、用法、用量については処方箋ファイルし閲覧している。薬のセットの際にも間違いがないように、薬箱にも貼って、準備の時に毎回確認している。新しい薬は、効能等詳しく調べ申し送りで確認する。		
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	生活歴の把握については充分にはできていない。またできている方も、その内容の理解が不十分。毎日の役割としてはあるが、1人1人に特化した支援というのが不足している。		
49	(18)	○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	買物や、散歩等希望があればできるだけ行っている。経度の方が中心で、その日にいきなりどこかに行こうというのが少ない。何回かは重度の方も外食、温泉等行けているが日常的ではない。ボランティアの活用も上手くできていない。高校生のアルバイトの方など協力依頼している。	庭の草取りや近隣の散歩・買い物など日常的に外に出る機会を持ち、車椅子の入居者へは予定を立て支援している。地域の老人会の旅行や小学校の運動会へ参加するなど、健康状態も考慮した支援に取り組み、家族の協力で外食や帰省、法事へ参加される方もある。	

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
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	お金の管理は職員が行っている。買物の際は自由に選んで買って貰っている。お金を自分で持って払うレベルの方が今はなく、職員が管理している。パン購入したりなどの際いくらだかどうします？といった声かけ位しかでいていない。		
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	本人希望時はいつでも好きなときに電話かけてもよい。家族にも了承を得ている。お手紙など届いた際は代読している。関係が途切れがちなご家族に対して、グループホーム側の介入(本人の思いを代弁したり)がもっと必要。		
52	(19)	○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	縁側からは季節に合わせた農村の風景が一望できる。回想する空間としても活用できる。若い職員多く、季節の花を飾ったり、細やかな配慮が不足している。環境支援(PEAP)の勉強前年度より行ってきたが片付け中心で見当識障害の方に対してという視点がたりていない。	掘りごたつや足ふみミシン・茶ダンスなど懐かしい品々が置かれた居間や、四季折々の風景が見渡せる縁側はホッとできる空間を作っており、民家ならではの味わいがある。食堂のソファで寛ぎ会話を楽しんだり、手すり代わりに椅子やテーブル、職員の手を借り歩く入居者に家族のように寄り添う職員の姿にホームの日常が窺われる。	今後も定期的に掲示物や飾り物など確認を行うことで、より季節感のある共用空間になっていくと思われる。
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	こたつ間や縁側はゆっくりできる空間であり、他の人からの逃げ場になる。しかし、自分で移動ができる方が少なく、職員の気付き配慮が不十分だと環境の力を引き出せない。こたつや縁側は、高齢者にとってどんなものなのかもう1度勉強していく必要がある。		
54	(20)	○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	初回に家族と相談し、できるだけ思い出深い物を準備してもらおう。しかし、現状リスクの方ばかり考えてしまい、安全にというばかりで、本人らしい部屋にはなっていない。これに関しては環境整備委員会を中心に環境支援(PEAP)について深め検討している。	民家の造りをそのまま活かした部屋や増築したフローリングの部屋など様々であり、ベッドや布団敷きと個々の身体状況や習慣に合わせた居室となっている。タンスや鏡台・仏壇など馴染みや思い出の品物が持ち込まれている。	
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	室内は基本的にはバリアはない。玄関に段差があるが、リビングに向けてスロープを作っている。最低限の手すりや、廊下のソファ、職員の見守りや介助がトータルに安全を確保することになっていると考える。		