

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
理念に基づく運営	11
1. 理念の共有	2
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を实践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を实践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	2
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	6
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	2
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	2
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	11
1. その人らしい暮らしの支援	9
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	30

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
訪問調査日	平成 19 年 7 月 12 日
評価確定日	平成 19 年 7 月 23 日
評価機関名	NPOくまもと

項目番号について

外部評価は30項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

番号に網掛けのある項目は、地域密着型サービスを実施する上で重要と思われる重点項目です。この項目は、概要表の「重点項目の取り組み状況」欄に実施状況を集約して記載しています。

記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[取り組みを期待したい項目]

確認された事実から、今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みを期待したい項目に をつけています。

[取り組みを期待したい内容]

「取り組みを期待したい項目」で をつけた項目について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

1. 評価結果概要表

作成日 平成 19年 7月23 日

【評価実施概要】

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	上益城郡甲佐町白旗986 (電話) 096 - 234-5511

評価機関名	特定非営利活動法人NPOくまもと		
所在地	熊本県熊本市上通町3 - 19 - 402		
訪問調査日	平成19年7月12日	評価確定日	

【情報提供票より】(19年6月23日事業所記入)

(1)組織概要

開設年月日	平成 12 年 12 月 28 日		
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	9人	常勤	7人, 非常勤 2人, 常勤換算 6.5 人

(2)建物概要

建物構造	木造準耐火 造り
	2 階建ての 階 ~ 1 階部分

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	20,000 円	その他の経費(月額)	実費 円	
敷金	無			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無	有 / 無	
食材料費	朝食	250 円	昼食	400 円
	夕食	300 円	おやつ	30 + 70 円
	または1日当たり 円			

(4)利用者の概要(6月23日現在)

利用者人数	9 名	男性	1 名	女性	8 名
要介護1	1 名	要介護2			2 名
要介護3	0 名	要介護4			3 名
要介護5	3 名	要支援2			名
年齢	平均 85 歳	最低	69 歳	最高	96 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	谷田病院 希望ヶ丘病院 さとう歯科
---------	-------------------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

熊本市近郊の田園地帯にある箕子造りの民家改修型のホームは、広縁から春は田植え、夏は稲の緑、秋は黄金色の稲穂など四季折々の風景が楽しめ、建物内の造りや装飾品も入居者の五感に訴える申し分のない環境である。その人らしい生活を送るために、その時の状態に応じた評価を行い、的確な介護計画作成に努め、共有化もされている。そのための職員教育体制も整備されつつあり、職員の意欲を引き出したり、職員間のレベルの差をなくす取り組みにも努力されている。また、地域との関係が構築されており、地域の一員として地元の方との交流が行われている。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目	前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)
	職員には理念に添ったケアやチームケアの大切さを理解してもらうために、ケアミーティングのワークシート(理念に添ったケア編)を活用し、ケアの方向性の統一や質の向上に繋がる取り組みを行っている。特に食事介助時の職員の動き方や支援の仕方・声のかけ方など、チームとしての動きが考えられるようになり、成果を上げている。
重点項目	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)
	管理者は外部評価を実施する意義や目的を職員と共に共有しており、自己評価にも積極的に全員で取り組むことが出来ている。評価結果はケアミーティングで検討され、迅速な改善対応も行い、家族・運営推進委員会・ホームページ等でも公開するようにしている。そのことによって、より多くの人の理解を得る努力をしており、ケアサービスに活用する体制も整備されてきていることが確認できた。
重点項目	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4,5,6)
	「グループホームせせらぎ運営推進会議規定」を作成し、議事録も整備されている。利用状況や生活支援・医療連携や地域との交流などの活発な意見交換の内容が閲覧できるようになっており、ホーム側からの報告だけでなくことも確認できる。他の委員の意見や質問も出され、有効な意見交換の機会となっている。実際の入居者の様子やサービスの状況も視察してもらい、認知症やホームケアへの理解を求める良い機会となっている。
重点項目	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7,8)
	家族会や面会時には入居者の心身の状態やケアプランの相談などを行うと共に、毎月「情報提供書」を作成して報告している。アンケート調査や運営推進会議・家族会では意見や要望の収集に努めてもいる。推進会議では分かりやすい資料を提示しながら、運営に対する意見をもらえるような取り組みも検討している。
重点項目	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)
	開設時から地域との交流は大切にしており、地域活動(区役、葬式の手伝いなど)には参加してきており、成果も上げている。隣人関係も良好で、運営推進会議の開催では地域との連携もさらに深まることが予想される。地域で介護予防教室を開催するなど、地域福祉の拠点としての信頼も得ている。

2. 評価結果(詳細)

(部分は重点項目です)

取り組みを期待したい項目

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営					
1. 理念と共有					
1	1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	開設当初より、地域の中でそれまでのその人らしい暮らしを支援していくことを理念に掲げ、取り組みをしている。また理念は開設時に職員で作り上げたもので、目につく所に掲示をしている。		
2	2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	入職時、職員に理念についての理解を促し、ホームのケア方針についても説明している。また、ケアミーティングの際には事例を通して、実際のケアの振り返り等をワークシートやBS法を用いて検討するようにしている。		職員個々の経験に応じた研修計画やキャリアアップをとおり、理念に添ったケアの内容理解を深めながら、質の高いケアの方向性統一が図られることが期待されます。
3	5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	地域の老人会や小学校の運動会・どんどや、苦役等にも出来るだけ利用者と共に参加している。敬老会では出し物や送迎の支援を行っている。通勤や散歩時には挨拶以外にも会話をするように心がけ、近所の方のおすそ分け関係も出来ている。子供たちも遊びにきたり、ホームは子供110番の場所ともなっている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	7	評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	管理者・職員共々外部評価の意義や目的を理解しており、自己評価をケアサービスの質の見直しや向上のために役立てている。また、外部評価の結果はケアミーティングで話し合い、早急な改善にも取り組んでいる。		
5	8	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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、入居者やホームの様子はビデオや視察で確認してもらっている。外部評価の結果や重要事項説明書等も公開し、グループホームへの理解を求めると同時に地域からの要望や意見も引き出すようにしている。出来ることはすぐに対応するようにしている。		

グループホーム

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(EPI)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	会議を通して理解してもらいながら、意見交換ができる関係づくりをしている。市町村の窓口でも相談している。		
4. 理念を実践するための体制					
7	14	家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	家族には毎月、入居者の健康状態や精神状態など、ホームでの様子を書いた情報提供書や預かり金報告書を提供している。面会や訪問が少ない家族には郵送し、入居者の急変時や事故等はその都度報告している。		
8	15	運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情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	家族に対しアンケート調査をしたり、忘年会やバーベキュー会を開催したり、意見や要望が出せる機会を多く作っている。運営推進委員会にも訪問回数が多い家族と少ない家族とに出席してもらうなど、工夫がされている。		
9	18	職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	開設以来管理者の変更がなく、退職者もない。事業所内の異動も、利用者への影響を考慮し、同時期に2名以上行わないようにしている。		
5. 人材の育成と支援					
10	19	職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	職員の経験や職責に応じて様々な外部研修に積極的に参加させている。内部研修も職員のレベルに応じて、新人研修・スタッフ研修・管理者リーダー研修が自主的に行われている。問題等が発生した場合も、早急に職員が自ら学習会やミーティングを開催している。		
11	20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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	県の宅老所グループホーム連絡会では事務局を務めている。他の事業所からの研修や訪問も随時受け入れている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(EPI)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応					
12	26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心して、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐徐に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>入居の際には安心感を持ってもらうために、ホームに馴染むまでゆっくりと付き添うようにしている。</p>		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	27	<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながらか喜ぶ哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている</p>	<p>家事全般を入居者と共に行うように心がけており、一人ひとりの役割も担ってもらうように支援している。不穏時には本人の思いや苦しみを理解することに努め、寄り添い話を聞いて共感するようにしている。</p>		
.その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
1. 一人ひとりの把握					
14	33	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>本人の望む生活を支援できるように、話し合ったり表情から推測したりして意向の把握に努めている。特に言葉による表出把握が難しい入居者のために、感情の変化による表情の違いの写真集を作成し学習している。職員間ではミーティングやワークシート等を活用し、検討する体制を作っている。</p>		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し					
15	36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</p> <p>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た介護計画を作成している</p>	<p>定期的なミーティングで、入居者の個別課題に対して検討している。家族の訪問の際に要望や希望も聞き、介護計画を作成している。</p>		<p>訪問の少ない家族の希望を聞くための取り組みにも工夫・検討が望まれます。</p>
16	37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している</p>	<p>毎日介護計画に対する評価や項目ごとのチェックも行っている。3ヶ月・6ヶ月毎の評価も行い、見直しをしている。本人の状況や状態に変化があれば、具体的な個別援助マニュアルも作成し、ケア対応の統一を図っている。</p>		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(EPI)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)					
17	39	事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	併設のデイサービスとの交流を図り、体操参加の際には職員が付き添うようにしている。また、病院受診や外出・職員全員でのミーティングの際などには、見守りやケアの支援も受けている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働					
18	43	かかりつけ医の受診支援 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	入居前からのかかりつけ医への通院介助には、家族の送迎をお願いし、重度化した入居者対応は家族と相談し、ホームの協力医療機関に変更してもらっている。		
19	47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	終末期における指針を作成し、家族にも配布し説明している。入居者の状態により、本人や家族の希望を話し合うようにしている。医療機関の協力受諾は受けている。		
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
1. その人らしい暮らしの支援					
(1) 一人ひとりの尊重					
20	50	プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	言葉かけに関しては基本的に敬語を使い、その時の反応や関係状況に応じた声かけをしている。入浴・排泄は個別に行い、常に尊厳を守るよう意識している。個人情報の守秘義務に対しても対応している。		
21	52	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	一人ひとりのペースを大切に、外出や食事の希望にも出来るだけすぐに対応できるように心がけている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(EPI)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援					
22	54	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	入居者の嗜好やメニューの希望は年々聞き出しが困難になっているが、チラシや雑誌を利用して一緒に決めたり、畑の野菜を収穫したり、買い物に出かけて把握するようにしている。食事は職員も一緒にとっており、能力に応じて、調理・配膳・片付け・野菜の皮むき等一緒に手伝ってもらっている。		
23	57	入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している	2人介助の方には午後に入浴してもらうことが多いが、夜間も含め入居者の好きな時間に入浴できるようにしている。		
(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援					
24	59	役割、楽しみごと、気晴らしの支援 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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	一人ひとりの楽しみごと(演劇鑑賞、買い物など)や役割(朝食づくり、食事の片付け、猫の世話等)のための出番や場面を支援している。また、常に入居者の楽しみ事発見のための工夫に努めている。		
25	61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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している	買い物や散歩・花見・墓参り・病院受診や演劇鑑賞など希望があれば外出している。近くの菜園へは散歩を兼ねて外出の機会として同行している。		重度の入居者に対しての外出支援についても先進的な取り組みや支援方法の開発が期待されます。
(4)安心と安全を支える支援					
26	66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	基本的に深夜以外は鍵をかけないようにしている。鍵をかけることの弊害を認識し、静かに見守りながら声かけしたり、後ろから付いて行くようにしている。		
27	71	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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	定期的に火災訓練や逃げる訓練・夜間対応のイメージトレーニング等を行っている。運営推進会議を通じた緊急の際の協力体制の仕組みが出来ている。		地区消防団の協力が得られる体制は構築されているようですが、消防団参加の実践的な訓練なども入居者の状況をみながら開催されることが望まれます。

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(E)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援					
28	77	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	必要な入居者には個別の援助マニュアルの中で、口腔ケアと共に食事形態や量について記載してある。温冷の選べる水タンクを設置し、食事以外での水分摂取の機会も常に確保し”おいしい水”として入居者にも喜ばれている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり					
(1)居心地のよい環境づくり					
29	81	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）は、利用者にとって不快な音や光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	民家改修型のホームであるため、地域の生活感や季節感を充分感じることができる。さらに草花や季節の飾りにも懐かしい品（ミシン、レコードなど）を意識的に配置し、落ち着いた雰囲気作りに配慮されている。換気や音・光にも行き届いた配慮があり、小人数でも過ごせる場所が多くある。		
30	83	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	自宅で使用されていた頃の思い出深い家具や生活用品が持ち込まれ、家族の写真や仏壇・テレビ等と共に入居者が過ごしやすい環境作りの支援がされている。		

自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
. 理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
. サービスの成果に関する項目	13
合計	100

記入方法

[取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

[取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

[取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

[特に力を入れている点・アピールしたい点](アウトカム項目の後にある欄です)

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	グループホームせせらぎ
(ユニット名)	
所在地 (県・市町村名)	熊本県上益城郡甲佐町白旗986
記入者名 (管理者)	(高橋恵子) 下田隆至
記入日	平成 19年 6月 21日

地域密着型サービス評価の自己評価票

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

↑ 取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	<p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>		<p>その人らしく生きるということに関しては、センター方式を全体で学び、活用範囲を広げ、目的にあった活用を心掛ける。地域の中でということに関しては、スタッフも地域に参加しながら、地域に学び、認知症ケアを地域に広め、利用者が活動しやすい地域づくりに貢献したい。</p>
2	<p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる</p>		<p>単に理念を唱和するだけではなく、実際のケア内容に添った理念の考え方や事例検討を通して、理念の添ったケア内容とは何か、スタッフ全員の考え方を深めていきたい。</p>
3	<p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にした理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる</p>		<p>利用者が地域の中で生きていくことを支えていくには、当事業所だけではなく、地域の事業所全体が協力したり、地域の福祉教育の機会をたくさん設けてもらったり、事業所として認知症ケアの推進に協力することが不可欠である。地域の中でリーダーシップが発揮できるようさらに全員で学びを深めたい。</p>
2. 地域との支えあい			
4	<p>隣近所とのつきあい</p> <p>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている</p>		<p>近隣の方たちが以前より、声をかけていただけるようになって、今までの地域活動の実績や運営推進会議の有効性を感じる。地域の皆さんの思いを知って地域福祉の拠点として信頼していただけるようにさらに努力したい。</p>
5	<p>地域とのつきあい</p> <p>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている</p>		<p>今年初めて老人会の旅行に誘っていただけたので、利用者と一緒に参加したい。区役や単なる挨拶でも学びの機会、大切な気づきを逃さないように、地域活動やコミュニケーションの研修を積み重ねたい。</p>

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる	運営推進会議などで、地域のお年寄り状況を聞いたりして、必要に応じたアドバイスなど行なっている。せせらぎ全体として、地域の施設を借りて、介護予防教室なども何度か開催している。		せっかく認知症ケアを学んでいるのだから広く地域貢献ができるようにしたい。今後認知症の人の地域生活を支えていくために他事業所とも協力したり、地域で困っている人や家族の訪問カウンセリング活動なども視野に入れて準備を進めたい。地域包括支援センターなどとも協力できればいいが。
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	外部評価後、指摘があったことは、ケアミーティングを行い、できるだけ早く対応している。客観的にみられることで、自分達のケアを振り返れる良い機会。職員1人1人の成長につながっている。		但し、評価内容や制度自体にも定期的な評価が必要。決められたものとあきらめず、事業所団体などを活用し、実際にケアを行なっている立場から、評価事業に対する政策提言や評価内容に対する事業所側の評価も明らかにしたい。
8	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、入居者の状況等は、日々のせせらぎでの様子をビデオでみてもらったり、会議をせせらぎで開催し、実際のケアをみてもらったりした。評価の結果や重要事項説明書も公開しせせらぎのサービスについて説明している。地域の方からの意見や要望はできることはすぐに申し送り対応している。		運営推進会議の活用はもちろん、個人情報を守りながら、許可のある範囲で、ホームページなどの活用も図っていきたい。今は、上手く更新できず、伝言板などは、気づくとピンクサイトになっていた。もっと上手く活用できるようになりたい。
9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	地域密着型サービスになって、運営推進会議が行なわれるようになって、本当に良かったと思う。市町村は敵だと思っていた節があった。同じチームとして地域の認知症ケアの推進を考えたり、行政の想いを聞くことができて、大きな進歩になった。市町村窓口でも相談しやすくなった。		同じ、行政側でも地域包括支援センターとのかわりには、現状では少ない。地域包括支援センターの本来の役割をさらに学び、関係を深めていきたい。
10	権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護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、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	地域福祉権利擁護や成年後見制度に関しては、熊本県で開業した社会福祉士事務所らぼと連携を図り、地域で、講義などを繰り返し行なってもらっている。難しい問題だが、繰り返し学ぶ事により、活用の範囲も広がってきている。重要事項説明書にも連絡先を載せている。		制度については職員は十分に理解はできてないので、今後も研修に参加して、学びを深めたい。地域福祉権利擁護事業に関しては、学んだものの町社協事態が十分な対策が取れてはいない。事情により、通帳を預かるケースなども出てきて、今後は、地域全体の課題として検討する必要がある。
11	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	虐待のニュースや新聞などあった時は、次の日朝の申し送り時にみんなに伝えて、自分たちのケア振り返っている。また、虐待がおきないように職員のほうにストレスが溜まらないように、勤務体制等注意している。ストレスマネジメントとして、アロマセラピーやスマイルトレーニング、動作法なども学んだ。		ケアのエネルギーは人間愛だと感じている。人間愛はくむためには、相手をよく知る事が大切だ。観察や情報収集を当して職員や家族をエンパワーメント(力の強化)していきたい。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている</p>	<p>ケアプランなどは、家族にゆっくりと説明する時間を持つようにしているが、家族によっては、まだ遠慮され、要望等言われていないこともある。料金や制度の変更あったときは家族会等でも説明している。</p>	<p>家族会や面会などの回数が少ない場合には、郵送で、ケアプランを送付している。今後は、誕生月などにお誘いして、一緒にケアを考えていく機会を持ちたい。</p>
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>利用者が意見、不満、苦情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</p>	<p>今のところ、運営推進会議を活用したり、アンケートを実施したりした。昨年より要望のあったミラーの修理なども、やっと行った。ケアに関する事は、できるだけその場で解決する事。管理者やホーム長などは、研修(ロールテイク)を通して家族から想いを聞きだすが学んでいる。</p>	<p>家族支援は、去年からのテーマでもある。家族と話をするときには、家族からの想いを傾聴することが大切と思う。まだ充分できていない。また、家族が慌しく帰ってしまうこともある。家族の癒しも考えていくべきかと考える。</p>
14	<p>家族等への報告</p> <p>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている</p>	<p>月に1度、利用者情報として健康状態、精神状態などせせらぎでの様子を記入し報告している。利用者の急変時や、事故等あった時はそのつど家族に連絡している。金銭管理(あづかり金2万に対して)は、帳簿をつけて、領収書を貼り付け、家族に報告している。</p>	<p>職員の移動などやケアの考え方、制度が変わったときなど、タイムリーに通信を出すようにはしているが、まだ充分とはいえない。</p>
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情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</p>	<p>今まで、運営自体に対するご意見を頂く機会が少なかったが、運営推進会議などで、少しずつ資料を提示し、意見をいただけるようにしたい。運営が厳しいことな度は、良くご存知である。</p>	<p>運営推進会議に対する資料の提示を分かりやすくおこなう。</p>
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>運営者や管理者は、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</p>	<p>管理者リーダー会議にて、経営や運営に関する状況を説明し、意見を聞くようにしている。リーダー研修でも担当の公認会計士事務所に来ていただき、会社の状況について説明して頂いている。</p>	<p>まだ、提案が出来るまでにスタッフが育っていないので、今後も継続して会議など行っていく。</p>
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている</p>	<p>現在では、特に家族からの要望はないが、利用者の急変や職員の急病に備えて、職員配置を多くしている。又、急な際は、管理者が交代したり、管理宿直して、夜間の配置を多くする事も可能である。</p>	
18	<p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている</p>	<p>管理者の変更は、当初より無い。また、職員の異動は、本人の希望や将来性に関する異動が中心である。他事業所に行く事で、外部から客観的にグループホームケアを振り返る事も可能だし、認知症ケアの推進も出来る。同じ時期に2名以上の異動は避けている。</p>	

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	認知症介護実践者研修への参加や認知症ケア学会等、対象者を選択し、申し込んでいる。法人内では、レベルに合わせて、新人研修、スタッフ研修、管理者リーダー研修を行い、管理者リーダークラスが、他スタッフの指導が出来るよう研修準備から行ってもらっている。その際研修時間は、勤務内である。勤務外では学習会がある。	
20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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に主体的に参加し、意見を述べるようにしている。今期は、事務局として努力する。他事業所からの訪問も随時受けている。最近では、他事業所のスタッフの悩みを聞く事も増えた。	
21	職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	ストレスマネジメントの方策として、現在まで行った事は、アロマセラピー、動作法、パフォーマンスマネジメント、ビューティスマイルトレーニング、マッピングコミュニケーション、ピアカウンセリングなど、いずれも学習会で紹介し、実際の場面に役立っている。中には、大笑いしたものもあり、それも良かった。	今後も、学習会の最後には、ストレスマネジメントに結びつく内容のものを入れて終了するようにする。
22	向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	年2回、面接を行なうが、その際、本人の自己評価や行動目標を明示し、それをもとに本人の意欲を引き出している。また、管理者会議を通して課題を明らかにしたら、必要な個別対応をおこなう。個人面談や相談など。学会の発表なども自分達のケアを評価してもらえらる良い機会と考えている。	管理者のコーチング能力の向上をはかりたい。
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	管理者だけではなく、スタッフ全体が利用者の不安に向き合っていると思う。若干、個人差はあると思うが、特に夜間などは、不安が強ければ、添い寝なども行なう。コミュニケーション障害がある利用者にとっては、ボディタッチのほうが有効な場合もある。	
24	初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	紹介から一ヶ月以内の面談は、傾聴を中心に行なう。しかし、入居希望だけの面談の場合は、在宅の可能性も含めて居宅介護事業所の介入を求めている。基本的に入退去は少ない。	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「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	他の事業所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するが、紹介した人が、「地域にサービスがなかった」と又、連絡してくる事もあり、地域を越えた相談支援の困難さを感じている。		地域密着型サービスは、郡部によっては、範囲がこまぎれすぎる。又、現状で地域包括支援センターが認知症の人の支援が十分かという難しい。又、地域によってサービスが不足しており、早急に解決されるべき課題と感じている。ちなみに隣町は、グループホーム待ちが200人と聞いた。
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	基本的には、デイサービス利用者に必要な時期に入居して欲しいのだが、現状では空きがなく、他のグループホームに行ったり、ちょうど空きがある頃のは、入居の希望がなかったりとうまく調整が出来ないこともある。入居の際は、なじむまでゆっくり付き添い、安心感を高めるようにしている。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	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、一緒に過ごしながらか喜ぶ哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	家事全般において利用者と一緒にいる。料理の味付けや、台所の後片付け、野菜の切り方など利用者の方から学ぶことも多い。不穏で怒ったり、悲しくて出て行ったりされた時は、一緒に歩いたり、話をゆっくり聞いたりして本人の想いに共感するようにしている。		研修内容には、利用者視点への転換を感じるような内容を多くしている。
28	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、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族面会時は、職員が出来ただけ付き添い話をする時間を持つようにしている。利用者のこと以外にも、プライベートな話などもしたり聞いたりしている。家族会やホーム内での行事など必ず声かけている。		
29	本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	利用者の家族情報のアセスメントたり、新しくセンター方式を家族に記入してもらったりして詳しく理解できるように心掛けている。関係が薄れ掛けた利用者家族に対しては、家に外出する機会を作ったりしている。また、本人に代わって感謝の気持ち伝えていく。		上手く自分の想いを言葉に出来ない利用者、認知症により本当の心の内を伝えられない方のために、職員が変わりに本人達の想いを手紙にして家族に送りたい。
30	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	病院受診など、重度になり大きな負担にならなければ本人が通っていた場所に行くようにしている。よく行っていた場所(食事所、墓参り、家の周辺)に外出の機会ももつようにしている。		
31	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、支え合えるように努めている	利用者同士の関係は良し悪しある。認知症が重度の方に関しては、他の利用者に、生活歴など説明し、こんな人なんだということ話したりしている。家事など協力しあってやっている利用者もいる。重度の方が職員以外と接する時間あまりもてない。		重度になりコミュニケーション障害が進んできているが、一つの模擬家族としての携帯を大切に、その人の嬉しい時、悲しい時、辛い時、利用者であっても共感できるよう働きかけたい。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	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、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	昨年からなくなった方の家族にお手紙を出したり、病院に入院なさった方への面会など続けている。今後も継続したい。		
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
1. 一人ひとりの把握				
33	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	自分の想いが言葉にできる方は、本人がどういった生活をしていきたいのか、話し合ったりしている。想いを表現できない方は、ミーティング等でその方の本当のニーズは何なのかワークシート等活用し検討しているが本当に想いに添えているのか不安がある。		言葉による表現ができなくなった方の為に感情評価が可能なように写真を使って勉強を始めた。今後も気分の変化スケールを活用し、観察を深めてもらう。
34	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、センター方式なども活用し振り返りにしている。家族との会話の中からも利用者の生活歴など収集出来るように会話する。		
35	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、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	できることできないことシートを作成し活用している。なれないスタッフは、利用者のできることも行ってしまいうこともある。理解することと実際行う事に隔たりがあるため今後も研修を行っていく。		再アセスメントと観察や対応の仕方に関する研修を行なう。個別事例の検討など。
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し				
36	チームでつくる利用者本位の介護計画 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た介護計画を作成している	定期的なミーティング実施し課題に対して検討している。家族の方からは、訪問回数の少ない所などもあり、要望や希望十分に聞けていない。		まだ、ケアに参加している意識のない家族もあり、家族支援や教育の仕方なども検討が必要である。
37	現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	3ヵ月、6ヵ月ごとに評価行ない、見直している。毎日介護計画に対する評価、項目ごとにチェックしている。本人の状況に応じて、さらに具体的な個別援助マニュアルを作成し対応している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
38	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、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	記録は要点を分かりやすく記入するようにする心掛けている。いつもと違ったこと、状態の変化等注意することあれば、申し送りに記入し職員に伝えている。		記録の仕方やしかし方などは、まだ充分ではないので、学びを深めていく。
3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
39	事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	デイサービスでの交流や体操を楽しみにされている方もある。参加の際は、グループホームスタッフが付き添う。馴染みの関係ができている人もいる。病院受診や外出などで忙しくなったり、全員でミーティングなど行なう時には、他事業所より見守りをお願いしたりし合って協力している。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働				
40	地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	運営推進会議などで、警察に参加していただいたり、消防署には、救急救命法の講義を受けたりしている。地域の消防団にも情報を提供し、区長を通じて協力をお願いしている。民生委員さんよりお野菜を頂いたり、踊りなどのボランティア活動も受け入れている。		
41	他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	本人の権利を守る立場から意向を確認し、在宅に向けての訓練などを行ってきたケースがある。一人は、他のサービスを活用し、在宅復帰が可能となった。猛一人は、家族との調整の必要性から行政も含めサービス担当者会議を行なう。		認知症があっても、一人暮らしが可能で、より自由が好きな人がある。必要な人に必要なだけのサービスが提供されるように家族教育も必要になってきた。退去に向けての在宅支援の相談を行なっていく。
42	地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	地域包括支援センターは、現状では、予防介護で忙しい。代わりに甲佐町の介護保険担当者が相談や協力にのってくださっている。		地域包括支援センターの専門職にかかわっていただくことで、双方の理解が深まるはずと考えるが、現状では、難しい。あきらめず、こちらからも意見が聞けるように働きかけていく。
43	かかりつけ医の受診支援 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	入居以前から、通院していた病院に、通院介助、家族の送迎で通院してもらっている。本人の状況等にあわせて医療情報提供として、主治医に報告し、指示もらい連携している。重度の方に対しては、移動の負担、緊急時の対応などにより、協力医療機関に移ってもらっている。		医療連携のあり方に関しては、協力医療機関から定期的な往診は受けているが、さらに考えていく必要がある。看取りに関する本人や家族のご意向に極力添えるような医療体制作りが必要で、地域の医療体制をさらに調べて、家族に情報提供し、選択していただくシステムにしていく必要がある。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	地域の精神科の医師や重度認知症デイケアの管理者など、相談にのってもらっている。主治医の意見書を書いてもらう際も重度で、受診できない人の場合は、往診してもらっている。		
45	看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	グループホーム内に正看護師1名、準看護師2名勤務。毎日のバイタルチェックで異常あれば、必ず看護師に報告し、必要に応じ病院受診等行なっている。		
46	早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、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連携している	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、医師と話合っている。退院後も状況報告密にし連携している。点滴なども医師の指示を受けてホームで行うこともある。		
47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	入居者が重度化し看取りの必要性が生じた場合などにおける対応の指針作成し、家族に説明している。利用者の状態により、今後どういったケアを望んでいくのか、話すようにしている。医療機関の地域連携室からは協力するといわれている。		協力医療機関の医師とさらに話し合う必要があると感じる。この地域では、まだ、在宅の看取りは多くない。今後の可能性も含めて看取りについて話し合いたい。
48	重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	入居者が重度化し看取りの必要性が生じた場合などにおける対応の指針にせせらぎとして対応する時のスタッフの意識や体制など、記載しているが、若い職員も多いので不安な面もある。看取りについては、社内の勉強会などで取り上げている。看取りの体制の場合は、看護師の付き添いを行なう。		本来、人は看取られて、自宅で死んでいた。スタッフによっては、看取りの体験がないものが殆どであるが、病院にないあたたかいケアの提供は可能と考える。手をつないでいる。添い寝する。そのような人間的なあたたかさを大切にする看取りの準備教育を定期的に行なう。
49	住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	在宅のチームでケア担当者会議を行なう時に、情報提供やケアプランの共同作成に取り組んだ。住み替えのダメージを防ぐため、同じ方向にベッドやポータブルトイレを配置し、生活機能向上に取り組んだ。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1) 一人ひとりの尊重			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>	<p>入浴や排泄は個別に行い、2人介助が必要な時必要な時意外は、1人は外にでて待機するなどしている。声かけに関しては、基本的には敬語だが、本人の反応や、関係、状況などによって、その時に応じた声かけしている。守秘義務に関しては、書面で誓約書を取っている。</p>	<p>単にプライバシーを守るというだけでなく、利用者の尊厳を守る立場からどのようなことが大切なのか。常にケアを振り返ってもら。命令口調や本人が敬語で話しかけているのに友達に話すように話すのではダメだと思う。管理者は、極力、職員の声かけに耳を傾けている。</p>
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>	<p>ゆっくりとしたペースでの話しかけ心掛けている。なかなか自分の考えが伝えられない利用者に対しても、せかさず、声に出されるのを待つようにしている。おやつや着る洋服などでもできるだけ本人が選べるように、選択肢を作るようにしているが、アセスメントが充分でないと、職員が選んだり、決めたりしている場面も多いと感じる。</p>	<p>何ができるのか、どのように声をかけると自分で選んでもらえるのか、利用者のペースに合わせたあたたかい声かけが必要であり、職員により意識も異なるため、ケアをそるえるために学びあったり、ケアプランに細かくケア内容を記載していく。</p>
52	<p>日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>外出や食事の希望あればできるだけすぐに対応できるように心掛けている。利用者の重度化に伴い身体的ケアがどうしても中心になってしまっている現状もある。</p>	
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53	<p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>	<p>本人の希望に合わせて、美容室へ出かけたり、せせらぎ内で髪染めしたりされる。家族が来られカットされる利用者もいる。洋服に関しては、自分で選べる方は、買い物時などに自由に買ってもらっているが、重度の方に対して働きかけ、配慮が不足しているように思う。</p>	<p>重度の人のその人らしい生活とは何か。スタッフと一緒に後期高齢者のサクセスフルエイジング(幸福な老い)について学びを深めていく。活動し続ける事だけが幸福ではなく、全ての事象とつながりあってく感覚を覚えていただくようなケアを目指したい。</p>
54	<p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>買い物と一緒に出かけ食べたい物を買ってもらっている。畑に行き野菜を収穫し、それによってメニュー決めたりすることもある。能力に応じて、調理、配膳、皮むきなど行ってもらっている。食事のメニューについては、利用者の希望をなかなか上手く聞き出せていない。</p>	<p>普通に聞いても難しくなった。日常のコミュニケーションの中に回想的なものを取り入れ、思い出話をしながら自然に食べたいものを探っていく。雑誌や生協のチラシも活用する。</p>
55	<p>本人の嗜好の支援</p> <p>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している</p>	<p>基本的にお酒もタバコも構わないが、健康についても一緒に考えてもらう機会は持つようにしている。例えば、タバコを吸う人ならお野菜やお味噌汁などきちんと食べてもらって、ビタミンの補給を考えてもらうなど。</p>	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	<p>気持よい排泄の支援</p> <p>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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している</p>	<p>排泄パターンはつけているが、重度化し、頻尿で少量ずつの排泄の方が多い。全介助4名については、夏場など少しでも風通しのよい、パンツにパットを当てて対応する。朝夕、臀部洗浄や清拭を行う。</p>		
57	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している</p>	<p>立位歩行が可能な人たちは、自由に夜間も入浴可能である。2人介助の方たちは、午後入浴してもらう事が多い。</p>		
58	<p>安眠や休息の支援</p> <p>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している</p>	<p>座位の状況や体調などにあわせて休んでいただく。座位の場合も著長時間の同一体位は避けて、こまめに向きや椅子の形を変えている。日中でも各居室で横になることができる。共同スペースや自室は畳が多い。</p>		
(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援				
59	<p>役割、楽しみごと、気晴らしの支援</p> <p>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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている</p>	<p>人によって演劇や買い物など、その人の興味に合わせて支援するようにしている。重度になっても花を眺めたり動物を見たり、音楽を聴いたりなど、好みに合ったものを探すように心掛けている。</p>		
60	<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>利用者2名は、月に渡す金額を決めて自己管理されている。多くなると、色々な所に治しこみ、出てこなくなることもあったため、金額を決めた。外出や旅行などの際は、追加して渡している。他の方は、職員が代行している。</p>		
61	<p>日常的な外出支援</p> <p>事業所の中だけで過ごさずに、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している</p>	<p>買い物や花見、病院や演劇など希望があれば出かける。梅雨に入り、若干外出の機会が少なくなる。</p>		
62	<p>普段行けない場所への外出支援</p> <p>一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している</p>	<p>今年は、阿蘇の温泉に泊りがけで旅行に行った。体調が悪く参加できない人もあって残念だったが、前日からパーマをかけに行く人もいて有意義だったと思う。家族の参加は今回なかったが、6月には、草取りとバーベキューを家族・利用者と一緒にやった。</p>		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
63	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	電話は好きな時にかけてもらっている。手紙より電話のほうが希望が多い。字を書くことが苦手になった人が多い。		今後代筆の機会も作って、家族にあたたかい思いを伝えて行きたい。
64	家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	いつでも訪問は可能である。訪問時は、居間やコタツ部屋を使っていただき、ゆっくり過ごせるようにしている。		
(4)安心と安全を支える支援				
65	身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「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、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は、ない。		しかし、他事業所の例を説明し、意識の向上に努める。
66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	基本的に深夜以外は鍵はかけない。出て行きたい時は、出て行ってもらっている。静かに見守ったり、ついていくしかないでしょう。散歩の場合もあり、勝手に出て勝手に戻ってくる。但し、ケアプランで家族に確認済み。		
67	利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	ほぼ利用者の所在は把握している。特に失見当識や認知機能の低下がある方の場合、定期的に見守っている。		
68	注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	異色の可能性のある方の部屋などは、物品の配置に注意している。経口摂取などで、害が大きいものは、目に付かない場所に直している。		
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	火災に関しては、防火管理者を決めて火災訓練やイメージトレーニングを行なっている。また、口腔内の吸引に関しては、吸引器を配置し、全員できるようにしている。転倒や誤薬に関しては、過去のヒヤリハットに学び、再発を防いでいる。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	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、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	消防署から救急蘇生を毎年学んでいる。又、個別の事例に対し、指示を行なっている。		
71	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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	重度の利用者が増えている状況から近隣の協力と、緊急連絡網の活用によって近隣住む職員が駆けつける。緊急連絡網には、必ず、区長に連絡し、地域の消防団に連絡してもらうようになっている。		
72	リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	散歩等の機会も場合によっては危険な行為となる。ふらつきがある人の外出は危険であろう。しかし、せせらぎの方針を理解していただいて、自由度や幸福感を優先させたいと考える。その件は入居の際に話し合うようにしている。		
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	健康状態に関する観察は、マニュアルを作成し、健康状態チェック表に記入してもらっている。特に最近では、状態の変化に気づいたときは、経費的血糖濃度の測定を行ない、記録報告している。看護師や医師と共有している。		
74	服薬支援 職員は、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、薬局より説明書を必ず貰い、ファイルしている。内容が変わったときなどは、記録に残し、医師の意見もつけて、申し送る。		
75	便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	脱水傾向に伴うものや腹圧がかからない原因から便秘を起こす事が多い。極力水分摂取の機会を持ち、ヨーグルトなど町内の善玉菌が増えるような食品も取る用意している。腹満がある時はマッサージなどもおこなっている。		
76	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力に応じた支援をしている	口腔ケアや口腔マッサージを行なっている。口腔内の残渣物をとるときは、棒付スポンジも活用している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
77	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	重度の方たちの食事は咀嚼や嚥下の状態に合わせて、刻みやミキサー食にしている。		
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している（インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等）	インフルエンザや疥癬に対してはマニュアルがある。ノロウイルスやO157などに関しては、厚生労働省からの資料を回覧している。		
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	夜間にハイターなどで、除菌する。調理器具は高温で乾燥するが、梅雨の時期、食材の管理も徹底したい。		感染症予防のマニュアルを職員間で読み返してみる。
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1) 居心地のよい環境づくり				
80	安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	玄関や建物自体は民家を改修しており、地域の民家と区別がつかない。玄関内の雰囲気も家庭に近い。縁側などは、誰でもゆっくりできる空間である。		
81	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）は、利用者にとって不快な音や光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	生活観や季節感は充分ある。季節の花や飾りを用意し、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可能である。今は、水田からの自然な風邪がとてもこちよい。しかし、自動車や人の出入りが若干多いときがある。		併設の訪問介護事業所の営業所を別個に作り、車の出入りの回数を制限する。静かな空間作りに協力してもらう。
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、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	コタツ部屋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もなる。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
83	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、できるだけ想いで深い物を準備してもらった。しかし、人によっては、家族が先に処分している場合も多く、残念に感じる。高齢者に荷物や居場所は少しずつ少なくなるようだ。		特に地域住民自体が認知症や高齢者に対する理解が不十分であり、地域に向けた啓発活動の必要性を感じる。
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	常に換気している状態。夏や冬、縁側は、暑さ寒さを感じる空間でもある。各居室の気温の調整は、外気温から10度以上は下回らないようにしている。例えば、38度のとき、28度となる。暖房は、10 以下の時。利用者の体感温度にあわせて行なう。		
(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	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身体機能を活かして、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。最低限の手摺りと廊下のソファ、職員の見守りや介助がトータルに安全を確保する事になっていると考える。		
86	わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	廊下を通るたびに季節感を感じ、衣類の調整を考える。台所が見えるリビングでは、食事時間に合わせて準備を手伝う姿がある。夕方から夜間にかけては、明かりを調整し、深夜は、間接照明に変えて見守っている。		
87	建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	ベランダでは犬や草花が楽しめる。建物の周りでは、冬は沈丁花、春には、花桃、夏には、にがごりや朝顔、秋には、栗もなるようになった。利用者もスタッフも楽しんでいる。今は、玄関にある斑入りのアップルミントが生き生きと人を迎えている。少しずつですが。		植物が好きな職員と知らない職員がいる、利用者と喜びを共有できるよう、様々な学びの機会が必要である。

サービスの成果に関する項目

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
88	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	ほぼ全ての利用者の	
		利用者の2/3くらいの	
		利用者の1/3くらいの	
		ほとんど掴んでいない	
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある	
		数日に1回程度ある	
		たまにある	
		ほとんどない	
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
91	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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	重度
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
93	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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
94	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、安心して暮らせている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
95	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	ほぼ全ての家族と	
		家族の2/3くらいと	
		家族の1/3くらいと	
		ほとんどできていない	

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
96	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	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		ほとんどない	
97	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	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、生き生きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
99	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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
100	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	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		ほとんどできていない	

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

私たちは、自分達のケアに完全に満足しているわけではありません。又、私たち以上に努力している事業所もあるでしょう。私たちは、学びあう事で、利用者や家族を理解しようとしています。又、ケアのありようを見ると、個人の宗教観や人間愛でケアのエネルギーを作り出しているようにも思えます。現場でこつこつと利用者の介助をしている姿は、神聖な姿のように思えます。力尽きて努力する事を止めた職員もありました。また、他事業所でさらに自分磨きのたびに出たものもあります。せせらぎは、単にケアを行なうだけではなく、今後、関わる人々全ての幸福に寄与したいと考えます。贅沢で無理な話でしょうか。でも可能性はあると思います。最近では若い人たちのコミュニケーション不足も深刻です。せせらぎでは、人生を学んでいただきたいと思います。今まで、四句八苦してここまでできました。これからもきっと大変な思いをしながら、皆さんとしばし共通の道を歩んで生きていきたいと思ひます。私たちだけではなく、地域の事業所の皆さんと一緒に努力してすばらしいグループホームケアやサクセスフルエイジングに近づきたいものです。これからもご協力宜しくお願い致します。