

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
I. 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. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 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
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	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
IV. 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 20 年 11 月 17 日
評価確定日	平成 21 年 1 月 8 日
評価機関名	特定非営利活動法人ワークショップ「いふ」

○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. 調査報告概要表

作成日平成 20 年 12 月 11 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	熊本県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 ワークショップ「いふ」
所在地	熊本市水前寺6丁目41-5
訪問調査日	平成20年11月17日

【情報提供票より】(平成20年10月20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 7.1 人

(2) 建物概要

建物形態	単独	改築
建物構造	木造準耐火 造り	
	2 階建て	1 階 ~ 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)	理美容代1000 円他	
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	無	
食材料費	朝食	250 円	昼食	400 円
	夕食	300 円	おやつ	100 円
	または1日当たり 円			

(4) 利用者の概要(10月20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	1 名		
要介護3	3 名	要介護4	名		
要介護5	4 名	要支援2	名		
年齢	平均 83 歳	最低	75 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、さとう歯科医院
---------	---------------------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

田園地帯の一画、「せせらぎ」の看板がなければちょっと大きめの一般家屋と思われる佇まい。ベランダには収穫された大根が干され、側には小型犬が寝そべっている。玄関を入ると広縁には足踏みミシンが置かれ、その奥の居間にはちょっと大きめの掘りごたつがあり、おだやかでのんびりした環境。介護度5の入所者が4人と重度化しているものの、室内では車いすを使用せず、職員が手をとり支えながら、今ある能力を活かす支援をしている。幼なじみと自室で世間話をする人、居室のお気に入りのソファで遅い朝食をとる人、台所で昼食の支度を手伝う人、入所者それぞれのペースが守られている。看取りケアについては詳細な指針を作成し、勉強会を重ね、独自の温かい看取りケアを行っている。基本理念を行動指針として家庭的な介護が提供されている。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目①	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) 介護計画作成に、面会の少ない家族の希望を聞くための取り組みの工夫が課題とされていた。現在、2家族が運営推進委員会に毎回出席し、意見交換に協力を得ているが、遠方・病弱・疎遠などの様々な理由で委員会への出席が出来ない家族や、面会や情報交換が十分にできない家族には、介護計画見直し時に入所者の日々の状態やケア内容を詳しく説明し、理解を得ながら、希望も聞き、一緒に支えるための工夫が行なわれ、改善への取り組みが見られた。
	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4) 全職員が早くから100項目の自己評価に取り組み、それぞれのケアを振り返り、よりよいケアに繋げていく良い機会としている。
重点項目②	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) 利用者や職員の状況、ホームの活動内容、地域交流、外部評価への取り組み等について報告し、意見を得ている。運営推進会議を重ねるごとに地域の委員と身近になり、認知症やホームについての理解も深まり、地域交流や見守りへの協力、緊急時の協力体制等に支援が得られるようになっていく。
	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) 毎月、行事案内・利用者の健康状態・担当者からの一言・家族へのお願いを記載した利用者情報を送付し報告している。面会時はできるだけ、意見等を聞き、ケア会議で検討して、ケア計画に反映している。運営推進委員会の議題「経営報告」から、経営の実態を知った家族や委員から費用の値上げが提案されるなど、信頼関係が構築されている。
重点項目③	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3) 隣保組の組長として回覧板を入所者と一緒に回したり、隣組の葬式の手伝いをするなど、老人会や地域の行事に住民としてできるだけ参加している。近所の農家から野菜を頂いたり、入所者が離ホームした際には、気づいた近所の住民が自宅でお茶をだし、ホームに連絡してくれるなど見守りへの協力もある。敬老会では地域高齢参加者の送迎を手伝ったり、認知症についての劇を職員の自作自演で熱演し喜ばれるなど、良い関係を築いている。

2. 調査報告書

(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)
I. 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	理念は職員が話し合い作り上げたもので、6項目の一つに「私たちは、あなたの思いに答えるために学びつづけ、地域の中で普通の生活が出来るように努力しつづけます」と表現している。地域密着型サービスへの思いと意気込みを鮮明に打ち出している。		
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	週に一度は全員で唱和し、職員一人ひとりが順番に自分のことばで、「理念をどのように解釈し、意識し、行動に反映しているか」を語り、理念に沿ったケアの実践に取り組んでいる。また、ワークシートを活用し「理念に沿ったケア」「沿っていないケア」「そのときの感情」「チームでやれること」等話し合い、一人で問題を抱え込まず、課題を共有し改善する工夫が行なわれている。		
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	隣保組みの組長として、回覧板を入居者と一緒に持回り、住民として活動している。毎年、敬老会には送迎の支援や、認知症に関する劇を披露して喜ばれている。また、介護相談も受けている。秋祭りには、区長宅で行なわれた獅子舞見物に招待され、土産に饅頭を頂くなど地域に受け入れられ交流も盛ん。		
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	自己評価を全員に配り、それぞれの職員が評価を試み、ホーム長が取りまとめている。外部評価を第三者の客観的視点として捉え、自分たちの日頃の活動を振り返り、改善への良い機会として前向きに捉え取り組んでいる。		

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)	(○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)
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	会議では利用者や職員の情報、ホームのサービス内容、地域・家族・ホームのそれぞれの立場からの要望など、情報交換・意見交換が行なわれている。運営委員には民生委員の参加もあり、地域行事への誘いも増加している。また、会計報告を見た家族や委員から、ガソリン代高騰の配慮から経費負担を配慮して値上げの勧告を受けるなど、運営への協力関係も見られた。		
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	県が主催する「介護福祉塾」に職員も協力しており、甲佐町高齢者保健福祉計画などの委員会に参加する等、町全体の福祉サービスやボランティア育成にも協力している。2009年2月に小規模多機能事業所サービス開始を予定しており、甲佐町の福祉サービスの充実に貢献している。		
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	毎月行事案内・利用者の身体状況、精神状態、担当者からの一言、家族へのお願いなどが書かれた利用者情報を請求書と共に送り家族への報告としている。家族から「職員の顔と名前が一致しない」という意見もあり、職員の自己紹介を通信に載せることを検討している。	○	文章による情報に加えて、入所者の写真を同封してはいかがでしょうか、ホームでの様子、外出したときの表情が可視状態になり安心を得るものと思われず。
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	運営推進会議で活動状況や経営の実状を知った家族と委員から、灯油代として2千円の値上げが提案される等、思わぬ成果も出ている。また、個々の家族から出された相談・要望・苦情はケア会議で検討され、介護計画に反映されている。		
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	職員の異動は極力抑える努力が行われているが、実習生・研修生・同法人内の新人研修などがホームで行なわれているため、入所者にとっては見慣れない顔の出入りが多いと思われる。常に人員配置を基準より多くし、ベテランの職員が利用者を見守ることで、利用者へのダメージ軽減に努めている。		
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	認知症介護実践者研修・認知症ケア学会など、外部研修を活用している。また、事業所内では主にOJTで、現在のサービスを振り返りながら、リーダーが新人研修も行ない、先輩・後輩、双方にとっての研修の場としている。コーチングの手法も取り入れ、気付きを促し、育成に取り組んでいる。	○	内部研修は、現場の課題を探索し改善する為の研修会が主に行なわれており、必ずしも計画に沿った研修ではない意見も聞かれた。事業所の人材育成計画に沿った計画的な研修も必要かと思われる。

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)	(○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)
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	宅老所グループホーム連絡会、上益城部会に加盟して、交流し情報交換を行なっている。部会では現在、利用者や介護者のために地域の外出マップを作成中で、せせらぎの職員もマップ作成に参加している。医療依存度が高くなった利用者を連絡会内の病院併設施設へ受け入れてもらうなどメンバー間の協力関係を培っている。		
II. 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	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、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、場の雰囲気に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	隣接するデイサービスの利用者はホームの雰囲気や職員と馴染みになっており、入所希望があつて、居室状況のタイミングが合えば、スムーズに受け入れることができるとしている。	○	デイサービス利用者以外の入所申込者があることも想定し、馴染みながらのサービスの利用について、入所前体験など、手順の準備も必要かと思われる。
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	○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喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	利用者の介護重度化に伴ない、日常生活では職員支援が多くなってきているが、家事手伝い・洗濯物たたみ・台拭き・盛り付けなど、できることを見つけて依頼し、感謝のことばを添え存在感を伝える様子が見られた。不穏で怒ったり、悲しくなつて外に出たくなつた入所者には、一緒に歩いたり、話を聞きながら思いに共感し、心に寄り添うケアが心がけられている。		
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					
1. 一人ひとりの把握					
14	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	入所時に本人や家族に聞き取りを行い、得た情報をセンター方式を利用して記録している。家族の記入協力もあり、書き込みも充実している。利用者との日常会話や行動の観察、面会時の家族からの情報などで、利用者の思いや意向の把握に努めている。情報は全員で共有できるように、記録が大切にされていた。		
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	○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	入所当初は本人や家族から得た情報で暫定的なケアプランを作成し、約1週間後にケア会議を開き、申し送りノートに記録された職員の観察・気付きなどを参考に、本人や家族の希望も取り入れて介護計画を作成している。緊急変更必要時は、計画書に赤字で書き込む等、柔軟な対応がみられた。		

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)
16	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	計画は3ヶ月、6ヶ月ごとに評価し、見直しを実施。毎日担当者が評価項目をチェックしながら、入所者の状況に応じて個別援助マニュアルを作成し対応している。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援					
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	隣接するデイサービス利用者で、独居暮らしの自宅を月2回見守りボランティアとして訪問。お茶をご馳走になったり、仏壇にお参りしたりして、高齢者支援活動をしている。また、入所者の孫の結婚式に、式場まで同行したり、盆・暮には先祖のお墓参りに同行するなど、形にとらわれない多様な支援も行っている。		
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					
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	看護師の資格を持つ職員が協力医に利用者の状況を報告し、医師からの指示を受けるなど、連携はスムーズで、入居後、著しく容態が回復したケースもあり、利用者・家族に喜ばれている。尚、本人・家族の希望を重視し、入所以前からのかかりつけ医との関係を大切にしているが、重度の方の場合、通院の負担や緊急時の対応の点から協力医療機関への移行を促している。		
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	「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」を作成し、職員間で共有し、家族にも説明している。病院とは異なった温かさを大切にした看取りのケアを行いたいと考えており、勉強会を行っている。また、医療機関にも協力要請を行い、体制整備に努めている。看取りを行った後も、「偲ぶ会」を開催し、利用者や家族、職員、関係者などを招待して、語り合い、看取り体験から学ぶことやケアを振り返る機会としている。看取りケアへの真摯な姿勢と覚悟が伺える。		
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	言葉使いは相手に合わせて、違和感が無く、失礼の無いように気配りされ、入浴や排泄で二人介助が必要な場合も、一人は外で待機するなど、プライバシーに配慮したケアが行なわれている。また、「尊厳を保つケアとは」の職員アンケートをとり、考えや思いを書き出し、共有する取り組みも見られた。		

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)
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	認知機能が低下し、共同での生活が難しくなり、閉じこもりがちなる人、夕方になると外に出たくなったり、大声が出る人、幼なじみが遊びにきて自室で世間話を楽しむ人、縁側のソファでゆっくり遠くを見つめ家族を思う人など9人9様の時の過ごし方が見られた。レクリエーションや決まったスケジュールを極力少なくし、一人ひとりのペースにそった支援が行われている。		
(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	献立は前もって計画するのではなく、その日の食べたいものや冷蔵庫の食材を見ながら一般家庭のような支度が行われている。食品の買い出しには利用者も同行し、昔馴染みの店にも出かけ楽しみとなっている。大根おろし・盛り付け・食後のお茶碗洗いなど、出来ること、やりたいことを行っている様子に、主婦の片鱗を垣間見ることができた。	○	「何が食べたいですか？」と聞いても中々答えを期待するのは難しく見られた。用意できるメニューを絵や写真などで示すなど、聞き出すための工夫があると良いと思われる。食材・献立・器・盛り付け・季節の花を飾るなど、テーブル周辺にも配慮し「食事を楽しむ」対応にも工夫があると良いと思われた。
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	浴室がデイサービスと共用のため、ホームの入所者は午後に入浴することになっている。一番風呂を楽しみにしている利用者には、デイの入浴後、湯を入れ替えて、新しい湯で入ってもらっている。柚子の実・松の実・漢方風呂など、楽しめるような支援をしている。	○	二つある浴室のうちの一つを使用して、時にはホーム入所者優先日などの設定もあると、話題づくり、楽しみ支援にも繋がると思われる。
(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	料理が得意な人に手伝ってもらったり、農家だった人には草取りや収穫の手伝いを依頼するなど、存在感の強化が図られている。また、重度でコミュニケーションが取りにくく、楽しみごとを引き出すことが容易ではない場合も動物を見たり、花を眺めたり、音楽を聞くなど、五感を刺激しながら、表情から楽しみごとを探る取り組みを行なっている。		
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	入所者の4人が介護度5という重度化と車酔いなどもあり、遠出は難しい現状で、日常的な外出も食材や日用品の買い物で、活発な外出は行なわれていない。受診の帰りに家族がドライブに連れて行ったり、家族の協力を得ながら、入所者の気分転換の支援が行われている。	○	限られた人手のなかで重度者の外出支援は容易ではないと思われるが、家族会・運営推進委員会などの知恵や協力も要請し、重度者の外出も期待したい。

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)
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	遅出職員の帰宅時までには施錠せず、出入り自由になっている。玄関から門までの庭は室内から十分に見守りができ、玄関脇にはホームの飼い犬もおり、出入りに反応し見守りの助けとなっている。運営推進会議などを通して見守りへの協力体制もできつつある。		
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	毎年、夜間災害を想定し、消防署の協力を得て、緊急連絡網の通報と避難訓練を行なっている。連絡網には近隣に住む職員・区長・地元消防団が含まれている。また、地元の消防団には毎年、盆と年末の挨拶に差し入れを提供し、地域住民として活動への感謝の意を示し、もしもの時の協力を依頼している。		
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	申し送りノートに記録されている献立を参考にしながら、栄養バランスに注意したメニューでの食事となっている。細やかな記録は無いものの、咀嚼や嚥下の状態に合わせて刻みやミキサー食を提供している。毎食、汁物をつけ、10時・3時だけではなく、こまめな水分補給が行なわれている。		
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	玄関脇の広めの縁側には二つのソファが並べられ、広々とした田園風景を眺めながら、ゆっくりと日向ぼっこを楽しむ場所になっている。また、居間には大きめの掘りごたつが置かれ、壁には昭和初期の母親が着ていたような着物がタペストリーのように掛けられ、昔懐かしい雰囲気が醸し出されている。入所者は、うとうとと昼寝に誘われ、楽しい夢を見そうな居心地の良さと優しさのある雰囲気作りの工夫が見られた。		
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	部屋の入り口に入所者の現役時代の写真が飾られており、介護が必要となった入所者の現役時代・人生・プライドなどが一瞬にして感じ取れ、家族・職員・訪問者に入所者尊厳への意識の再確認を促している。居室は愛用のソファやタンス・仏壇など馴染みのものが置かれ、安心できる環境作りへの配慮がある。また、家族の写真を飾り、家族との絆を大切にす配慮も見られた。	○	民家改修型であり居室の広さや間取りはそれぞれである。部屋のカーテンや敷き物などに、明るく・優しい色などを取り入れる工夫があると、居室の雰囲気もさらに暖かみが増し、居心地が良くなるのではないかと思います。

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ⅡやⅢ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
I. 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
II. 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
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	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
IV. 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
V. 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(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.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幡986
記入者名 (管理者)	高橋 恵子 下田 隆至
記入日	平成 20 年 11 月 5 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)
I. 理念に基づく運営				
1. 理念と共有				
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	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ために、理念は職員同士話し合っただけで決めた。入職時職員にはケアマニュアルや、プランを通してせせらぎのケアを説明している。理念の1部として開設当初より、「私たちは、あなたの思いに答えるために学び続け、地域の中で普通の生活が出来るよう努力し続けます。」とある		
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	事例を通して、実際のケアを振り返ったり、話し合ったりしている。特に、理念に沿ったケアとは何か？などのワークシート活用し、チームアプローチとして検討している。また朝の申し送り時、全員で理念を唱和し、事例を通して理念を振り返っている。		
3	○家族や地域への理念の浸透 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い理念を、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	家族には理念を基にしたケアマニュアルを配布し、グループホームの目指すことやケア内容を理解してもらえようにした。地域の方へは、運営推進会議や、老人会、子組合などの活動を通して、せせらぎの活動報告したり、ケアについて説明したりしている。		
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 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	通勤時や、利用者との散歩時には挨拶以外にもちょっとした会話するよう心がけている。近所の方が来られた時は、お茶などすすめゆっくりしていただいている。犬を飼っており、近所の子供たちが遊びに来たりしている。		近隣の方達が以前より、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努力したい。
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	積極的に行事にお誘いしていただいているので老人会や区役所など、他事業所と協力して出来るだけ参加するようにしている。隣組で葬式の手伝いにも参加し、葬式の祭壇から組んだ。敬老会では認知症についての劇をしたり、送迎の支援も行い、地域の方も楽しみにされている。どんどやなどの正月行事も呼んでいただいて感謝している。		今年初めて小組合長の活動を行った。苦情もあつたりしたが、地域の行事に関する決まりごとなど今まで知らなかったことを学ぶ機会となった。これからも地域の行事などへは積極的に参加していきたい。

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)
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、地域のお年寄りの状況を聞いたりして、必要に応じたアドバイスなど行っている。地域のデイサービス利用している1人暮らしの独居の方の家へ月に2回見守りボランティアとして訪問し、一緒にお茶を飲んだり、仏壇にお参りしたりしている。		
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る良い機会。職員1人1人の成長につながっている。		
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、利用者の状況毎回説明している。日頃の様子をビデオで見てもらったり、一緒に食事を食べてもらったりした。評価の結果や重要事項説明書なども公開しせせらぎのサービスについて説明している。苦情などもあるため、その場でどうしたらいいのか地域の方にアドバイスをいただいている。		グループホームを地域福祉の拠点とみなし、上手く地域に活用してもらうために、自分達も行政にアピールしていきたい。
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	甲佐町高齢者保健福祉計画などの委員会に参加し、町全体のサービスや、ボランティアなどの質的向上に協力しようとしている。		
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人制度に関しては、社会福祉士事務所らぼると連携を図り、地域で講義などを繰り返し行ってもらっている。難しい問題だが、繰り返し学ぶことにより、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。		
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、次の日の朝の申し送り時にみんなに伝えて、自分達のケアを振り返っている。また、職員の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、勤務体制当注意している。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。		

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	○契約に関する説明と納得 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	ケアプランなどは、家族にゆっくりと説明するよう時間をもつようにしているが、家族によっては、まだ遠慮され、要望等言われてないこともあり、本当の思いを引き出せていない。料金や制度の変更があった時は家族会等でも説明している。	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、定期的に家族をお誘いしてケア会議などを行い、一緒にケアを考えていく機会を更に多く作りたい。
13	○運営に関する利用者意見の反映 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	今のところ、運営推進会議を活用したりしている。ケアに関することは、出来るだけその場で解決するようにすること。管理者やホーム長などは、研修(ロールテイク)を通して家族からの思いを聞き出すか学んでいる。	
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合わせた報告をしている	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へ連絡している。金銭管理は(預かり金)は、帳簿をつけて、領収書を貼り付け、家族に報告している。	職員の異動などやケアの考え方、制度が変わった時など、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。新しい職員の顔と名前が一致しないなどの意見を家族からいただいたので、職員の自己紹介など通信にのせるように考えている。
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	今まで、運営事態に対するご意見をいただ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。推進会議では、家族から料金の値上げをとの声も出た。運営が厳しいことなどは、良くご存知である。	運営推進会議に対する資料の提示を分かりやすく行う。会議などで家族や地域の方の声をもっと引き出せるように努力する。
16	○運営に関する職員意見の反映 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	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。資料は事務所に置いて他の職員も見れるようにしている。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いただいている。	まだ、提案が出来るまでに職員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。ぜんぜん経営について理解していない職員もいるのでケアミーティング時などで管理者会議の内容報告する機会を持つようにしたい。
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 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	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。また、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ことも可能である。	職員の能力にまだ差があり、同じ人数でも対応できたり、出来なかつたりしている。また、ホーム長勤務調整がまだ上手く出来ていない時がある。会議時など、他事業所と協力しあっているがもっと連携を密にする必要がある。
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	管理者の変更は、開設当初よりない。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。他事業所に行くことで、外部から客観的にグループホームケアを振り返ることも可能だし、認知症ケアの推進もできる。同じ時期に、2名以上の異動は避けている。	

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)
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、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。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悩みを聞くことも増えた。せせらぎで医療依存度が高くなった利用者を病院併設の連絡会内の事業所へ情報を提供し受け入れしてもらった事例もある。	
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、アロマセラピー、動作法、パフォーマンスマネジメント、ビューティー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、実際の場面に役立てている。中には、大笑いしたものもあり、それも良かった。	
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、必要な個別対応を行う。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る良い機会と考えている。	
II. 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	管理者だけでなく、職員全体が、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、添い寝なども行う。コミュニケーション障害がある利用者にとっては、身体接触のほうが有効な場合もある。また入居時に家族にセンター方式の用紙記入してもらい情報を集めたりした。	
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1ヶ月の間の面談は傾聴を中心に行う。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支援事業所の介入を求めている。基本的に入退居は少ない。	

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」とまた連絡してくることもあり、地域を越えた相談支援の困難さを感じている。		
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ほしいのだが、現状では空きがなく、他のグループホームに行ったり、ちょうど空きが出たときは、入居のきぼうがなかったりとうまく調整ができないこともある。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喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	利用者の方重度になってきて、全般的に職員がすること多くなってきたが、その人の能力を見極め、家事、洗濯、掃除など出来るだけ一緒に行っている。何かしてもらったときは感謝の言葉を忘れない。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思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。利用者の不穏時の対応など出来る職員と出来ない職員がいたりしたが、その方への対応をみんなで考え、少しずつだが全員が成長してきている。1人で悩みを抱え込んでしまうこともあったので、定期的に会議行い対応していきたい。
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、職員が出来るだけ付き添い話をする時間をもつようにしている。利用者のこと以外にも、プライベートな話もしたりしている。家族会やホーム内での行事も必ず声かけるようにしているが、参加は遠方の方も多く少ない。		家族の方、せせらぎに対する要望などあまり言われていないように思う。もっと要望など聞きだせるように努力したい。
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	利用者の家族情報アセスメントしたり、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。関係が薄れかけた利用者家族に対しては、墓参りなど家に外出する機会を作ったりしている。また本人に替わって感謝の気持ちを伝えていく。		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)に外出の機会をもつようにしている。病院受診の帰りに家によって家族と食事をしたりもされる。		地域支援マップなど管理者作成したが、実際住んでいた地域などなかなか外出できていなかった。地域の方まだまだ認知症に関して悪いイメージなので、積極的に地域へ出向き、認知症の方の力など伝えて行きたい。
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、他の利用者生活歴など説明したりしている。利用者同士の食事介助の場面が見られたりすることもあった。		他利用者に対して攻撃的な言動あったとき、上手くその場で対応できず、重度の方に対して嫌な思いをさせてしまった場面もあった。その際の対応などプランに追加するなど検討する。

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)
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退去された方の家族にお手紙を出したり、病院に入院された方への面会など続けている。偲ぶ会開催し、なくなられた方の家族など招待し思い出話などをして過ごした。		他グループホームへ移られた利用者の方、職員の方と一緒に時々遊びにこられたりして、相談や対応について話したりしている。しかしまだこちらから会いに行ったりしていなかったもので、仲の良かった利用者の方と一緒に訪問したい。
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				
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	自分の思いが言葉に出来る方は、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。思いが表現できない方は、ミーティング等で本当のニーズは何なのか話し合ったりしているが、本当に思いに添えているのか不安がある。		センター方式Dの4シート活用し、日々の過ごし方などけんとうしているが、ケア者が気付いたことなどまだ上手く記入できておらず、記録についてや、利用者のアセスメントについて勉強が必要。
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、センター方式など活用し振り返るようにしている。家族との会話の中からも利用者の生活歴など収集できるように会話する。		会話の中で今まで知らなかった情報など聞ける時もあったが、その職員だけが理解し、記録に残したり出来ていない時があったので、新しい情報をアセスメント用紙や、申し送り全員で共有する事の大切さを全員が理解できるようにする。
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。なれない職員は、利用者の出来ることも行ってしまふこともある。記録用の紙をセンター方式24時間シートに変更し、1日の過ごし方を把握するようにしている。		センター方式Dの4シート活用しているが、1日の中でほとんど接していない方などもいたりした。1日の流れの中で職員の動きなど再確認する必要がある。
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	定期的に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、訪問回数の少ないところなどもあり、要望や希望を十分に聞けていない。		職員に評価など書いてもらっているが、プランの作成は管理者、ホーム長が主に行っているため、さらに定期的にプランに対しての話し合いを行い、職員全員で作っていくようにしていきたい。
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ヶ月、6ヶ月ごとに評価を行い、見直している。毎日介護計画に対する評価、項目事にチェックしている。本人の状況に応じて個別援助マニュアル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心掛けている。本人の状況を1ヶ月毎の利用者情報記入時に振り返りより把握し、3、6ヶ月の評価へ活用するようにしている。		記録の仕方や活かし方などは、まだ充分ではないので、学びを深めていく。記録の記入の時間が確保できず、勤務時間を越えてしまうことも多かったので、毎日の業務検討し、記録に時間を確保して、定時に仕事が終わるようにしていく。
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。馴染みの関係が出来ている人もいる。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う時には、他事業所より見守りをお願いしたりして協力しあっている。		他事業所との連携、協力できているが、利用者のケアに関して、例えば、興奮状態で様子を見ている時などにヘルパーなどが声かけしたり、などがあったりしてケアが上手くいかないこともあった。朝の申し送り時などに、利用者に関してのケア内容などプランの説明をする機会があるので対応について説明していく。
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。民生委員さんよりお野菜をいただいたり、踊りなどのボランティアも受け入れている。地域の小学校の運動会へは毎年参加。子供たちがせせらぎへ招待しにきてくれる。		
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、在宅へ向けての訓練などを行ってきたケースがある。		
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	退去時や、その先の権利擁護など、協力してもらっている。		
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、家族送迎で通院してもらっている。本人の状況等に合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。重度の方に関しては、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沿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の病院へ受診し診療情報提供書に利用者の方の情報など詳しく記入してもらったり相談にのってもらっている。また、グループホームからも生活の状況など書面で報告している。		
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1名勤務。毎日のバイタルチェックで異常があれば、必ず看護師に報告し、必要に応じて病院受診など行っている。		
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し合っている。退院後も情報提供密にし連携している。点滴など医師の指示を受けてホームで行うこともある。		職員は気がけて定期的に面会に行ったりして状況確認しているが、利用者の方を面会に連れて行ったりがなかなかできていないので、仲の良かった人や、心配されている方など、一緒に面会に行けるように勤務の調整等考える。
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、在宅で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読み看取りについて考えている。看取りについては、社内の勉強会などで取り上げている。見取りの体制の場合は、看護師の付き添いを行う。部屋の移動なども見守り蜜に出来る場所への変更も行っている。		本来、人は看取られて、自宅で死んでいった。職員によっては、看取りの体験がないものがほとんどであるが、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している。看取りの準備教育を定期的に行う。
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行う時に、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)
IV. 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	○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、記録等の個人情報取り扱いをしていない	入浴や排泄は個別に行い、2人介助が必要な時もある必要などき以外は、1人は外に出て待機するなどしている。声かけに関してはまだまだ勉強不足な点が多いが、基本的には敬語で、本人の反応や、関係、状況などによって、その時に応じた対応を行っている。守秘義務に関しては、書面で誓約書をとっている。	単にプライバシーを守るということだけではなく、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う。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。
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	ゆっくりとしたペースでの話しがけ心掛けている。おやつや着る洋服なども出来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、職員があわてている時など、職員が選んだり、決めたりしてしまう場面も多い。	何ができるのか、どのように声かけす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、ケアをそろ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。
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	外出や食事の希望が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。しかし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。	重度の方への外出の支援などが不足していた。その方を中心にした外出の支援など考えていく。
(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	○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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている	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。洋服などは、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、十度の方に対して働きかけ、配慮がたりていない。	髪切りにそろそろいかないと気付いていてもすぐに対応できてない時もあった。
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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の能力に応じて、下ごしらえ、配膳、皮むき、味見などおこなっている。食事のメニューについては、なかなか重度化した利用者の希望を聞き出せておらず、職員が決めてしまっていることもある。お野菜などいただいた時は、できるだけそれを使った料理をして話題にしている。	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。
55	○本人の嗜好の支援 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	基本的には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も持つようにしている。しかしお酒など飲む機会(外食など)を提供する機会が少なかった。	

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	○気持よい排泄の支援 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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンが把握できていない方は、センター方式のシートを活用し検討している。夏場など少しでも風通しの良いパンツにパットなどあてて対応する。朝夕、陰部洗浄や清拭を行う。		
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人介助の方たちは午後に入浴してもらっている。デイサービスとの関係で、入りたい時にはすぐ対応できなかった時もあった。		希望があった時は、すぐに対応できるように、デイサービスなど他事業所と協力していく。
58	○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、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	座位の状況や体調などに合わせて休んでいただく。座位の場合も長時間の座位は避けて、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。利用者と一緒に昼寝したりすることが少なかった。		自分で動くことが出来ない方に対して、コタツ間や、縁側は上手く活用しているが、利用者によっては、自室と一緒にアルバムみたり、お茶飲んだりして談笑する機会が少なかった。もっと休息や就寝時以外の活用法検討する。
(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				
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	外出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、音楽をきいたりなど、好みに合ったものを探そう心掛けている。しかし出来ている人と出来てない人の差が見られる。		
60	○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	管理は職員が行っている。買い物の際は、自由に選んで買ってもらっているが、お金を自分で所持したいという方はいない。		本人のお金で買う楽しみを作っていきたい。どうやったらできるのか話合う。
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、花見、病院など希望があれば出かける。現在、利用者が重度化して外出の機会は少なくなっている。めまいなどあり、重度化した人は最低でも月1回は外へ連れて行っている。		出来るだけ外出し、世の中を見学したりなどワクワクしてもらう時を増やしたい。やはり外出時は利用者の表情も生き生きとされる。職員もそれをみて喜びだし癒しになる。
62	○普段行けない場所への外出支援 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	老人会の旅行で植木の方まで外出し演劇や、ゲートボールの風景を見たりして楽しまれた。普段行けない所への外出ほとんど今年ではできなかった。		今年は全員での旅行に行けなかったのが、重度化して難しくはなってきたが、日帰りでも良いので旅行や遠方への外出など検討したい。

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)
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。支援が必要な方は手伝う。		
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間を使っただき、ゆっくり過ごせるようにしている。新しい利用者の方の友達近所に住んでいて、1回も来たことなかった方が、週に1～2回遊びに来てくれるようになった。		
(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、身体拘束とは何か、説明し文書を回覧している。		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(21時～6時)以外は鍵をかけない。出て行きたいときは、出て行ってもらっている。静かに見守ったりしている。散歩の場合もある。		
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ときは、定期的に見守っている。職員同士もお互いの場所を把握し広い視野で見守っている。新人職員には教育が必要。		新人職員はまだ、見守りの位置や、他の職員の動きを意識した行動など出来てないときがある。ミーティングや勉強会などでロールプレイなどを通して勉強していく。
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	異食の可能性が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移すか、必ず見守る。		
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いるが、避難訓練や消火設備に関しての職員への教育など不十分。緊急時のための口腔内の吸引に関しては、吸引機を配置している。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	新人は、今年受講予定。(救急蘇生法)		
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き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に住む職員がかけつかる。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	抑制や、拘束はしてない事業所なので、それ以外の支援策はプランを通して提示している。ヒヤリハットを送付するようにしている。現状では、スタッフを信じて任せてもらっている。		
(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いる。状態の変化に気付いた時は、経費的血糖素濃度の測定を行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もら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。		各利用者の薬に関して、効果や、副作用などきちんと理解出来てない新人職員もいる。
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ことが多い。極力水分摂取の機会を持ち、ヨーグルトなど腸内の善玉菌が増えるような食品もとる用意をしている。		
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、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、アイスマッサージなど行っている。口腔内の残渣物とる時は、棒付スポンジも活用している。朝、晩は必ず行うが全員が口腔ケアできているとは言えない。		

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)
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。毎食の摂取量などチェックしている。		
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たり、勉強会を行う。
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	生活観や季節感はある程度充分にある。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。しかし、自動車や人の出入りが若干多いときがある。トイレの季節感など細かな気配りは、最近不足している。		昼間など職員の出入りや来客も多く、利用者の方が混乱したり、不穏になってしまうこともあった。大勢の面会時などは、混乱される方は、別の静かな雰囲気な場所へ移動してもらって対応するなどする。
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、出来るだけ思い出深いものを準備してもらう。写真などアルバムに入れて持ってきていただき飾ったりしている。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだ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。		空調設備の清掃など細かい配慮が不足していた。掃除のチェックリストなど作成し対応する。
(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。最低限の手すり、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。		
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、冬は沈兆花、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。利用者と職員も楽しんでいる。		植物が好きな職員と知らない職員がいる。利用者と喜びが出来るよう、様々な学びの機会が必要である。植物など好きで詳しい職員に研修してもらう。

V. サービスの成果に関する項目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
項 目			
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	○	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
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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
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	○	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
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
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	○	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
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	○	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
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	○	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

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	○	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
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	○	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
98	職員は、生き生きと働いている	○	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
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	○	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
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	○	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

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、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てください。)