

1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22年 7月 30日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4675200127
法人名	株式会社 JOY
事業所名	「いこいの里」花いちもんめ
所在地	鹿児島県姶良市加治木町木田4888-4 (電話) 0995-62-2983
自己評価作成日	平成22年5月31日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kagoshima-kaigonet.com
-------------	---

【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 社会保障制度活用支援協会
所在地	鹿児島県鹿児島市城山一丁目16番7号
訪問調査日	平成22年6月19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)】

- 一、日々の生活の中で明るくいつも美しくを目標としていること。
爪・化粧・着物着付けをしている。
- 二、朝日(日の出)を眺め、滝日本百景にも選ばれた龍門の滝を眺めながら地域の子供達との交流を持ち楽しむ環境にある。
- 三、地域住民の大人から子供までいつでも利用できるブックロッキングを毎土曜日にオープンしている。
- 四、年1回ご家族様とスタッフ全員の忘年会で職員のかくし芸など多くの笑顔をつくる環境づくりをしている。

【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)】

今年の3月にスプリンクラー設置・内装外壁のリフォームがなされ、利用者や家族の安心の声が聞かれた。

職員は利用者・家族と、グループホームの名前のおり、みんなで手をつないで「花いちもんめ」を楽しむようにケアに取り組んでいる。

工夫点

毎週土曜日に「ブックロッキング」という、事業所の本を地域の方々に貸し出しすることを実施して、地域の方々が事業所を訪問する機会を作り、利用者との交流に役立たせている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	GHの在り方、当事業所の理念を念頭に、地域住民の協力を頂きながら生きがいのある実践に取り組んでいる。	平成19年に地域密着型サービスとしての理念を作成して、地域の方々との交流に力をいれ、利用者が地域の自然環境の中で健やかに過ごせるように支援している。	
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	地域の高齢者を当事業所に案内しての食事会、自治会の高齢者が運営する100円ショップへの買い物に行き、多くの方々との会話、など自治会・民生委員会・育成会との交流を行っている。	毎週土曜日に「ブッククロッシング」という、事業所の本を地域の方々に貸し出しすることを実施して、地域の方々が事業所を訪問する機会を作り、利用者との交流に役立っている。	
3		○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている。	自治会・民生委員の方々と連携を取り、独居の方から、又、ご家族様で認知症について、など多くの相談を頂き、ホーカーとして地域と交流している。また、いつでも気軽に立ち寄って頂けるブッククロッシングも行い交流に努めている。		
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	サービス実施は日々の姿がわかるようにサービス実施計画表を作成し、また、運営推進会議等で多くの意見を頂いている。	年6回行政職員が参加して、実施している。出席者から地域の独居高齢者の情報・地域の行事の情報など頂いている。事業所の報告と家族との介護計画について話し合っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。	市町村からは多くの情報を頂き、地域の方にも提供している。また、職員が認知証サポーターとして地域において協力している。	介護保険課へ事業所の実情を伝え、また市町村からの情報を密に頂いている。職員が認知症サポーターとして、地域の行事にボランティアとして参加するなど協力関係を築いている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	日々の目標を提示して「身体拘束廃止」を常々提示している。又、職員の月1回の勉強会で委員より支援している中で拘束につながっていないかを検討する。施錠については時間帯及び事故等を考えて排除することは難しく、ご家族様の理解も頂いている。	身体拘束の理念・方針が作られ、委員会も作られている。職員会議で、話し合う機会はあるが、職員のグループホームにおける身体拘束の具体的な行為の正しい理解に至っていない。	職員全員が、グループホームにおける身体拘束禁止の対象となる具体的な行為を理解するために、研修を重ねることを望みます。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待研修等に参加して職員全員で意見の情報を行って日々の防止に努めている。		
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。	管理者が研修・社協の包括支援センターの研修会、弁護士等の研修会に参加して独自で全職員に解りやすく必要性の教育に努めている。成年後見任制度については制度該当の方も入所中。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	入居時は読み合わせを行ってご家族様の理解を頂いている。また、運営会議等では行政を交えて意見交換をしている。		
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並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。	運営上必要な事項は早めにご家族様に発信して理解を頂いている。苦情相談窓口も設置して何か要望等ないか、声かけをして小さなことでも提案頂くように全員で取り組んでいる。	家族会があり、事業所の行事や運営推進会議等にあわせて開催して意見を聞く機会をつくっている。面会時電話でも意見を聞いている。苦情処理委員を設置して、苦情対応記録に記録し、職員と話し合い運営に反映している。	
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。	毎月1回の勉強会、スタッフの意見交換を行いスタッフが気軽に意見を出せるよう努めている。 毎日の申送り～ミーティングを全員へ伝える取組みをしている。	毎月のスタッフ会議で活発に意見を出し合い、幹部への提案もなされ、業務改善につながっている。	
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。	現場管理者は職員の意見を聞き、勤務状況を把握して本部と報告、連絡を取りながら現場の環境作りを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>研修年間計画作成をして、入職新人教育、1年教育、3年(リーダー教育)など独自で指導して認知症ポーターリング3名育成している。</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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</p>	<p>始良市、霧島市(伊佐地区)鹿児島市の情報を得てチームで研修、グループ訪問など行い、交流会も実施している。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	個人を尊重してご家族様と多くの情報交流を図り、野菜作り、調理、編み物など、ご本人様が好きな事への環境作りをしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居されるまでの人生の中で大切になさっていたことや、好きな言葉の情報など、ご家族の協力の必要性を説明して良い関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	介護サービスについては、いつ来所されてもその方の日々の生活が理解出来るプラン作成をし理解頂いている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入所前に本人・家族より生活状況を聞き取り日頃の生活習慣を把握し、コミュニケーションをとりながら、家庭的な雰囲気の中で安心して過ごせるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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	ご家族様へは、地域の情報と日々の生活でのスナップ写真など発送してご家族様で喜んで頂けるように努めている。		
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	馴染みの場所や近隣での花見会、また、事業所関連の夏祭り・運動会などで、多くの知人・友人との交流が図れるよう支援している。	地域の方々が集う場所へ出かけ、馴染みの方々との関係継続の支援をしている。法人開催の夏祭り・運動会に地域の方々が参加され馴染みの方々との交流を楽しむ支援をしている。	
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	仲良し二人組三人組のグループを大切にし、常に利用者同士の関係に配慮している。孤立している時は職員が間に入り位置関係に配慮して良好の関係が保たれるようにしている。		
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	契約がなくても、どなたでも、いつでも気軽に相談に来ていただけるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	本人とコミュニケーションを図りながら思いを聞き取り、本人の希望や意向に沿った支援を行っている。又、困難な場合はスタッフ間で話し合いを持ち、問題解決に努めている。	利用者ごとに職員の担当者を決め、担当者が利用者の声・日常の気付きを記録して、思いや意向の把握に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活暦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	ご家族様より「ここは本当に安心してお願い出来ます」と言われるように(その方らしく)明るく・美しくを日々考えて努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	少しでも利用者様が出来ることの喜びを見つけて生きがいにつながる努力をしている。		
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	ケアプランは全員で取組み、スタッフは利用者様を2人で担当し日々の行動(24時間)をとらえてカンファレンスを行いプランにつなげ、職員全員が利用者様を把握出来るように努め、各利用者様に沿った支援を実施している。	利用者の担当職員を中心にモニタリングを行い、カンファレンスで本人・家族の意向に沿って職員全員で話し合い、介護計画を作成している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護実践記録は日々行い、24時間のケア行動、又気づきでの対応などディスカッションをしている。		
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	多機能的には個人に合った取入れ計画の中にあっても無理をせずその方に合った過ごし方となるよう努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らし方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	地域的には福祉施設と保育園・在宅グループと多くあり自治会の高齢者様との交流で笑顔が出る環境作りをしている。		
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	主治医とは日々情報交換を保って報告を行い、ご家族様にも説明をして健康保持に努めている。主治医の指示のもと定期的に健康診断・採血2ヶ月～3ヶ月に1回施行し、結果はご家族様にも報告発信し理解を頂いている。	利用者・家族の希望するかかりつけ医になっている。かかりつけ医の在宅クリニックの医者が1ヶ月に2回の往診を行い、家族への報告を密に行い、適切な医療を受けられる支援をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	関連法人の情報交換は毎日行ない在宅グループの医師・看護師の月2回の訪問もあり不安のない生活につなげている。		
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、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。または、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。	現在入院はないが、関連法人とはメール等による情報交換ができており、担当者会議・合同会議にも参加している。		
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、早い段階から本人や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	関連法人との連携で365日24時間医療面で対応出来ること。重度や終末期については当事業所のラインを設定しご家族様と多くの意見交換をして同意書まで頂いている。又、主治医よりご家族様へも状況説明をいただいている。月2回程は医師往診で診て頂き、ご家族様の安心へ努めている。	重度化した場合は、主治医と家族が話し合い、主治医の判断となっている。看とりは、現在行われてないが、看とりの指針は作られており、家族の同意をもらっている。	事業所で、現在の職員構成でできることを十分話し合い、説明できるように「重度化したときの指針」を作り家族・職員が共有することを望みます。
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、すべ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	全マニュアル作成をしている。見直し時も全員で確認している。急変時の実技も行って記録し、実技時の写真等も備えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	同敷地内法人年間目標の中に防災訓練2回、他に当事業所でも独自に行っている。各居室よりスロープを作成し全居室スプリンクラーも設置して、ご家族様・自治会より評価を頂いている。	今年の3月に、スプリンクラーを設置している。災害時に、外へ避難誘導できるように、4箇所のスロープが作られている。事業所の建物の2階以上は、法人の職員寮になっており、災害時の協力体制が出来ている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	日々の誘導、声かけは職員の意識付けを行ない個人を尊重し利用者様が分かりやすい言葉で言えるよう意識付けをしている。プライバシー保護については日々取組んで実施している。	スタッフ会議等でプライバシーについてその都度話しているが、個人情報保護について・人格の尊重・入浴・トイレでの羞恥心への配慮等の研修がない。	個人情報保護について・入浴時・トイレ介助時などケアサービスを行う時のプライバシーの確保について、研修されることを望みます。
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	ほとんどの方が年々自己決定は難しくなってきたが、日頃よりスタッフ全員が利用者の希望等を答えやすい言葉を出せるような声掛けに努めている。		
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	身体状況・精神状態を把握しながら、本人の希望に添った介護支援を行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している	髪カット(手入れ)ネイル・口紅・化粧等のおしゃれを楽しみ、夏は効果美人コンテストを実施している。		
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	入所時は嗜好調査を行い、本人の意向に沿った調査方法を取り入れている。又、食事前は嚥下体操や音楽を流して、気分転換を図り和やかな雰囲気作りを行っている。又、調理や片づけにも参加していただいている。	食事は、職員が介助中心になっており、職員と一緒に食事をしていない。運動会には弁当をつくり外での食事を楽しむ支援をしている。	グループホームの特徴である家庭的な雰囲気作りのためにも、利用者と職員が食卓を囲み一緒に楽しみながら食事をする機会を作ることを望みます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人一人の365日24時間記録、食事・水分排尿を記入しており、その方の日々の姿が出るように努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	関連法人の歯科医の先生より指示を頂いて口腔ケアを毎日行っている。ご家族様からも良い評価を頂いている。		
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向けた支援を行っている	排泄・水分表は、24時間記録しておむつはご家族様の負担も少なくなるように、全スタッフへ使用枚数減に努めている。また、気を付けて時間単位でのトイレ誘導を行っている。体位に注意して、車椅子の方も含め全員トイレで座っていただいている。	水分摂取・排泄回数の把握をしている。昼間は、トイレ誘導を行い、トイレでの排泄を心がけ、をしている。	利用者個別の排泄の状態の分析を行い、個々の排泄の自立に向けた介護計画を作成し、支援することを望みます。
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	食事関係にて、サツマ任を多く取入れたお菓子やダンゴ等、また、任ご飯にて喜んで頂いた上で、自然排便へつながるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、個々に応じた入浴の支援している	時間は設定した手順で行っているが、利用者様の体調・精神面に気配りをしながらその方に合った入浴方法を行っている。入浴しない方は足浴・清拭等も行っている。声かけを大切に努めている。	入浴は、利用者の健康状態・希望に添って、週2回施行するように心がけている。毎日希望も日曜日を除いて可能である。入浴を拒否される方には、声かけの工夫で入浴の支援を行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	昼食後口腔ケアを行いその後利用者様に合った昼寝タイムを1時間使用して穏やかな生活をして頂いている。		
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	主治医の投薬指示で当事業所の看護師が全部管理して症状を早く把握している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活暦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	各利用者様の能力に応じた役割が果たせるように、見守りをして、支援をしている。		
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に支援に努めている。また、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。	高齢であり遠方が困難な場合、ご家族の同意も必要と考える。希望を取入れて近くの方（友人）には当事業所に来て頂いて交流を持っていただいている。家族で1時間～2時間は食事へも行かれるよう支援している。	天気の良い日は、車椅子移動で、田園風景を眺めながらお地蔵さんや保育園まで散歩したり、庭で外気浴など日常的な外出の支援をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		<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>当事業所で管理させて頂いている。購入希望の際はご家族様の理解を頂き判断している。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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している</p>	<p>手作り年賀状を作成する等の支援をし、また、遠いご家族様から夜間電話の取り次ぎなど行っている。</p>		
52	19	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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</p>	<p>リビングは全員のくつろぎの場として広く季節ごとに雛人形や七夕祭り等居心地よく生活出来る環境作りに努めている。環境的にはリビングに空気清浄機・加湿器2台使用して高齢者に適した環境作りに努力している。今年の外装・内装工事で明るい環境・精神面を考えて（色）にこだわりご家族様に好評を得ている。</p>	<p>今年の三月にリフォームされ壁の色が明るくなり利用者・家族に喜ばれている。居間は広くソファがテレビの周り・居間の周辺に配置され、日中は利用者が好きなどころ、仲良し同士座り過ごされている。廊下から竜門の滝が眺められ廊下に椅子を配置して四季折々の風景を利用者が楽しめるよう工夫している。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>それぞれの方にご自分のブースがあり利用されている。迷われた時は自然に何げない声かけでリラックス出来る支援をしている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	その方のなじみの物を手近に置いて迷わない居室作りをし、ご家族様にて居室を見ていただくことで安心につなげるように努めている。	今回、全部の部屋がフローリングになったり、襖で仕切られていたところが壁になったり、リフォームされ利用者・家族から喜ばれている。9つの部屋が同じ空間でなく、利用者それぞれの私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」や「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	事故防止を考えて24時間安全で安心して迷わないの時間の過ごし方、北側は朝日が昇りその下に龍門の滝を眺めながら手を合わされて南側は居室に朝日が入り北側は畑・田んぼの花が眺められ精神面の（癒し）を作り努めている。		

V アウトカム項目

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
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1 毎日ある
			2 数日に1回程度ある
			3 たまにある
			4 ほとんどない
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
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見られている。 (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
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
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
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1 ほぼ全ての利用者が
			2 利用者の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが
			4 ほとんどいない
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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1 ほぼ毎日のように
			2 数日に1回程度ある
			3 たまに
			4 ほとんどない

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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、生き活きと働いている。 (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
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
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 ほとんどいない

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 「いこいの里」花いちもんめ

作成日 平成 22年 7月 19日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点, 課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	5	身体拘束の理解が徹底してなく、言葉や行動によって身体拘束に繋がっている。身体拘束についての具体的な理解を職員全体で把握することが必要	「身体拘束をしないケア」をスタッフ間で行うために年間の研修計画に入れる	身体拘束委員会で身体拘束についての勉強会を事例を挙げて確認を行っていく	1年
2	12	重度化した時の指針を作り家族・職員が共有することが必要である	家族との連絡を密にし、主治医と家族が話し合い家族の意向を再確認していく「重度化したときの指針」を作り家族・職員が共有する	入所時前に重度化や終末期の家族の要望を確認し、急変時はご家族へ状態報告する。また主治医より状態変化に伴いご家族の意向を再確認しながら対応していく	1年
3	14	個人情報保護について入浴時・トイレ介助時などケアサービスを行う時のプライバシーの確保についての研修が必要	個人情報の取り扱いについての研修を行うとともにマニュアルを作成し、職員への周知徹底に努める	接遇委員会を立ち上げ研修を行っていく	1年
4	15	現在、利用者と職員の食事時間が別であり食事を囲み一緒に楽しみながら食事をする機会がなかった	今後は利用者職員と一緒に食事を行い、和やかな雰囲気の中で食卓を囲み食事を楽しんでいく	食事の下ごしらえや盛り付け、食後の後片付け等を利用者のレベルに合わせて職員と一緒にいき家庭的な雰囲気作りに努める	1年
5	16	本人の排泄パターンを把握し排尿チェック表を作成し誘導を行っていたが、ケアプランに反映されてなかった	利用者個々の排泄の状態の分析は個人表に記入している為、分析を行い個々の排泄の自立に向けた介護計画を作成する	日中は布パンツにパットを使用し、トイレ誘導を行い自立に向けた支援を行っていく	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。