

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	4677900070		
法人名	有限会社 共生		
事業所名	グループホーム 共生		
所在地	鹿児島県肝属郡南大隅町佐多郡 896-2		
自己評価作成日	平成22年 6月21日	評価結果市町村受理日	平成22年9月27日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.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井丁目16番7号
訪問調査日	平成22年7月23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)】

自然に囲まれた環境を生かして、四季を感じながら、ゆっくりと時間が流れていく介護に取り組んでいきたい。

【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)】

大隅半島の南端にあり、高齢化の進む集落の中で地域の中核となる存在感のあるホームとして、海や山の自然に恵まれた環境の中にある。職員は利用者を自分の家族のように、さりげない声かけや思いやりのある温かみのある介護を目指し日々取り組んでいる。利用者の高齢化と共に身体機能の低下が進む中一人ひとりに寄り添い思いを把握するための工夫をしている。又、日常的な外出やユニット間での交流、ドライブ等で気分転換を図り、楽しく過ごせる工夫をしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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 3. 利用者の1/3くらい 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	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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
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			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

項目	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎月一回の職員会議にて確認している	「地域や自然に触れながら、自分らしく自由に家庭的な雰囲気の中でやすらぎの時をつくる」という理念の基、過疎という地域性もあり、「利用者は家族である」という思いを全職員が意識し介護支援を行っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運動会小学校との交流などにて実践している	小学校の運動会・卒業式に参加している。高齢者の多い地域であるが、散歩中挨拶を交わしたり、ごみステーションの草払いを全職員で行い交流に努めている。地域の方から新鮮な魚や野菜を頂くこともある。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている			
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	校区公民館長・消防署・派出所・地域住民・役場職員の方々にし出席していただき報告・意見等を取り入れている	行政・地域住民・校区長・駐在所等、多種の出席があり入居者の状況やホームでの行事等の報告を行っている。年に5回の会議開催に留まっている。インフルエンザ感染対策やゴミ出し問題等、行政担当者との情報交換の機会となっている。	運営推進会議は定期的に年6回開催されることを期待します。参加者の意見・要望・質問等を受け双方向的な会議となるよう期待します。
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	運営推進会議への出席・役場訪問時に意見交換を行ない連携を図っている	運営推進会議出席時に情報交換・相談等を行っている。更新手続き・相談で役場へ出向き担当職員と連携を図っている。	
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	職員は身体拘束禁止について理解しているが必要がある場合は家族の同意を得て経過観察・取り組みの見直しなどを検討している	身体拘束についての勉強会を実施し職員の理解向上に努めている。日常の介護で気づいたことはその都度、職員同士声を掛け合っている。	マニュアルを作成し、グループホーム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、また勉強会での記録を残し、いつでも振り返りや確認ができ、介護の質の向上が、図られるよう期待します。
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	防止に努めている		

自 ら	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
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			
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	重要事項説明書等により実施		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用料金受領時に直接会話をもち意思の疎通を図る・苦情受付のを明記し体書する事例があれば対処し、反映する	敬老会・クリスマス会・誕生会等、ホームの行事参加を家族に呼びかけ、面会時には必ず声をかけ、希望や要望・意見を伺うようになっている。業務日誌に家族からの希望等を記録し職員間で共有している。	
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	毎月一回の職員会議・正職員会議・主任会議・勉強会等の場で意見を求め皆で考える	必要に応じて主任会議を開催し運営・業務・事例検討等話し合い、月に1度の職員会議で、全職員で検討し合っている。	
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	意見交換等で出来る事は行う。処遇改善手当等での利用		
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	勉強会・研修への参加・資格取得への協力を行なう		
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	グループホーム連絡協議会への参加[管理者・経営者・職員]		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	在宅当時・足跡・家族関係等を把握した上で本人が望むことを理解・共有してコミュニケーションをとりながら会話をもち穏やかに接し快適な生活を援助できるように心掛ける		
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	ホームを利用することへの不安・抵抗を軽減できるように話を良く聞いて連携を取る 利用料の負担軽減を図れるようにホーム独自の免除制度を制定している		
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	利用者の状態や病状・希望に応じてサービスの提供を把握し家族・医師と連携して見極め提供できるようにする		
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	常に見守り・コミュニケーションをとりながらその人を理解し介護者のみの立場で無く「自分だったらどう感じるか、自分の親だったらどう思うか」を念頭に置いて介護する様に指導している		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時に家族の意見を聞き利用者様の希望と家族の希望を取り入れ、家族と利用者様の共有できる部分作りを行ない家族の暖かい思いも常々言葉にして利用者様の伝えている		
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	家族と連携し面会等をお願いしたり、自宅近くへのドライブ・希望があれば墓参り・地域の行事への参加を行なう	近くの漁港や見慣れた海岸へ車で出かけ、地域の方々との接点を持てるよう支援している。 又、自宅訪問や墓参り等の支援も行っている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	季節に応じた取り組みを行ない物作り・ツヅ剥き・竹の子剥き・カラオケ等を行なう又、出来る方には洗濯物の畳片付け等を行なってもらい、出来ない人への声掛けで感謝の言葉を頂いたりしてコミュニケーション作りを行なう		
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	退所後も連携を取り行き場の無い方への支援が出来るように心掛けている		

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
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	共同生活を基盤にしているが出来る限り本人の意向を聞き入れて援助していく	入居者一人ひとりに寄り添い声かけし、入居者の意向の把握に努めている。困難な場合は職員の気づき・家族と話しながら本人本位に検討している。	
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	本人・家族・ケアマネージャー等から情報収集を行なう		
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	上記に加え医師・理学療法士等からの意見も反映する		
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	初期でのアセスメントに加え、現状を把握した状況で本人・家族・医師・介護職員の意見・希望を聞きながら楽しく生活するにはどうしたら良いのか皆で考えていく	入居時・更新時に本人、家族の希望や要望を伺い医師の意見や介護職員を交えて担当者会議を開き計画作成している。モニタリングは担当職員が中心となりモニタリングシートを活用し毎月の職員会議で検討している。	
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	日々の個人別の介護記録・毎日の申し送り・カンファレンスを把握してどうするのがその人にとっていいのか話し合い考察する		
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	個々の把握を行ないその人らしさを念頭に置いて話し合い状態に応じた援助が出来るように柔軟に対処する		

自己 評価	外部	項目	外部評価	
			自己評価 実践状況	実践状況 次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力医療機関のみにこだわらず、長年掛かり付けた病院を希望されれば定期的に受診介助を行ない、医師と連携して悪化を防ぐ	本人・家族の希望するかかりつけ医であるが、日常の相談は診療所へも気軽に相談している。皮膚科・眼科・耳鼻科等の専門医受診支援も行い、家族へ電話で報告している。又、3カ月毎に支援経過記録を送付している。
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	些細なことでも「あれっ?」と思ったことは報告してもらい医師と連携して早期発見に努める	
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。	入院時はホームからのサマリー・退院時は病棟担当者からのサマリーを頂き状態把握・今後の対応の検討素材として利用する又、入院中は見舞い・心がけ看護師からの情報提供・相談員からの情報提供を貰う	
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	本人・家族の希望を入所時や医師との連携時に把握して希望があればホームで看取る事もある	看取りの経験もあり、指針を作成している。在宅での延長としてホームでも最後まで介護できることを家族にも伝え段階を経て話し合いを行っている。職員もできる限りのことを支援したいという思いが伝わってくる。
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	消防署と連携して初期対応の訓練を実施している 勉強会等で状態悪化時の対応の勉強を行なっている	
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	町担当・消防署と連携して行なう	緊急時のマニュアルを作成し消防団への通報訓練を行っている。年2回の避難訓練では夜間を想定し実施している。訓練後の振り返りはしているが、記録として残っていない。訓練後の振り返りを十分に検討し、記録として残すことで、全職員の意識向上が、図られることを期待します。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	常に人生の先輩であることを念頭に使い慣れた言葉や敬意の言葉で対応する	入居者一人ひとりが、自分の家族であるという意識を持った言葉づかいや接し方等で日常介護を行うよう指導し職員も心掛けている。排泄誘導時等、相手を配慮した声掛け支援ができるよう支援している。	
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	希望すること・したい事は無いか、思いは無いかわコミュニケーションの中のみでなく表情・態度等から把握し意思の表示がなければこちらから問いかけたりする		
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	一日の流れや業務の消化に捉われずその人のペースに合わせてながら周りとの関係も壊さないように言葉掛けや介助を行う		
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	生活にメリハリを持つことが出来るように好みの衣服を選択して頂き更衣を行なう。又ホーム内での衣服と外出時の衣服も区別したり女性は化粧も促してみる		
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	好き嫌いの把握・嗜好の把握を行ない代替の提供などを行なう。 出来る人は片付け・準備を手伝ってもらう	入居者の力量に応じて食事の準備・テーブル拭き等行っている。新鮮な野菜や魚を提供している。ウッドデッキでのソーメン流しや弁当持参のドライブ等、食事を楽しむことのできる支援をしている。	
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	旬の食材を利用した献立を提供しながらバランスの良い食事を提供できるように心掛ける。又四ヶ月に一回程度ではあるが管理栄養士に献立表を見てもらいアドバイスを貰う		
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	毎食後の義歯洗浄・嗽を実施して週二回は義歯の消毒を行なう。その際は口腔内の観察も実施する		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日中は時間毎の声掛けでトイレでの排泄を促し介助するが、個々の排泄パターンを把握して時間に出ない時は少し時間をずらしたりして個々のペースにあわせて自立支援する	個々の排泄パターンを把握し、日中は声かけ誘導にてトイレでの排泄ができるよう支援している。 夜間のみオムツ使用やポータブルを使用している方もある。	
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	排便のリズムを把握して状態に応じて運動の声掛け誘導援助・腹部マッサージ・繊維質の多い食事の提供・止む終えない場合は医師と連携し緩下剤の利用などでコントロールする		
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	一応の入浴介助表に基づき冬場は週に2回～3回・夏場は週に3回～4回のリズムで援助するが身体状況・希望に応じて毎日や回数が少ない場合もある。根底は本人の要望に応じるが保清のために根気良く説明して促す場合もある	入居者の希望に添って支援できるようになっている。清潔面を考慮し入浴チェック表を確認しながら3日目には入浴できるように心がけている。体調不要の方は清拭や足浴を実施し、拒否される方には、声かけのタイミング等で工夫している。	
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	消灯時間まではホールでテレビを見たりして過ごされる方もいらっしゃいますが、なかなか寝付けない方は意思と連携を取り乳剤の提供を行なう。日中は起きてもらうように言葉掛けを行ない昼夜逆転を防ぐ		
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	疾患についての指示薬は指示通りに確実に与薬確認を行ない、頓服は皆で指示や必要性を共有し説明の上で与薬する。又、眠剤や下剤は医師と連携して状態に応じてコントロールし報告する		
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	声掛けを行ない希望者には家事・炊事の手伝いをしてもらい食材の準備も手伝ってもらう。又、嗜好品も希望に応じて医師と連携し提供・管理する		
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	個々の状態に応じて庭の散歩・草いじり・ドライブ自宅の訪問・墓参りなどを行なう	各ユニットに広いウッドデッキがあり、車椅子の方も日光浴がいつでもできるよう支援している。ホームから30mの所まで、車椅子で行き自動販売機で買い物をしたり、ユニット間での交流も行っている。車でドライブに出かけたり気分転換を図れるよう工夫している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		<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>金銭管理の可能な方は家族の同意の下所持していただき、希望に応じて買い物を手伝ったり外出時に買い物の付き添いをしたりして出し入れを行なってもらう</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をしている</p>	<p>家族の希望に沿うことが多いが可能な方は電話をしたり、貰ったりしている</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</p>	<p>季節ごとの花を飾ったり花壇の花を愛でて貰ったりしている。又、季節の野菜を栽培し収穫と一緒にに行く</p>	<p>玄関に季節の花を生け、ホームの周りにも季節を感じることができる草木が植えられている。入居者の殆どは日中ホールにてテレビを見たり、ソファに座ったりとそれぞれのペースで過ごしている。ウッドデッキには小型犬を数匹飼い、犬と戯れたり思い思いに過ごしている。</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>ホールにソファを置き自室ではなんとなく寂しい方がゆっくりと居眠りをしたりテレビを見たりして過ごしておられる</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>家で使っていた家具類等を持参していただき少しでも住み慣れた思い出の中で生活できる様にしながら遠方よりの面会の方にも宿泊の提供が出来るようにしている</p>	<p>夫婦での入居に家族部屋を居室に変え臨機応変に対応している。家族に使い慣れたものを持ってくる必要性を入居時・面会時に説明している。家族写真・ラジカセ・壁飾り等、持って来られている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>家族の同意があれば居室に氏名の提示を行ない自室を忘れず確認できるようにしたり、共有スペースの定時を行なう</p>		

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム 共生

作成日 平成 22年9月10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		運営推進会議を定期的に開催していない	年6回以上の開催実施	町行政担当者との連絡を密にすることで実施できるようにする	平成22年10月～平成23年9月まで
2		身体拘束マニュアルが不十分である	記録作成を残し介護の質の向上を図る	マニュアル作成	平成22年10月～平成23年9月まで
3		災害対策	訓練実施の記録をする	記録の整備をする	平成22年10月～平成23年9月まで
4					
5					

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。