

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	4372800997		
法人名	農協法人		
事業所名	グループホーム やまびこ		
所在地	熊本県上益城郡山都町下馬尾288-5		
自己評価作成日	平成24年11月10日	評価結果市町村報告日	平成25年1月9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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成24年12月7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)】

利用者のおひとり、おひとりの[想い]に気づき残された力を生かせるような暮らしを心がけています。利用者とは職員という関係ではなく、共にひとつ屋根の下に暮らす家族ととらえ、お互いを支えています
 明るい陽ざしのなか、いつも笑顔と笑い声につつまれた優しさのあふれる“我が家”です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

商店街から少し入った場所に位置するホームは和風の落ち着いた造りでウッドデッキも設けてあり、外気浴や花見・バーベキューなどの行事にも利用されている。理念に地域密着の意義を取り入れたことで、さらに地域に積極的に出かけるようになり、交流を図るとともに馴染みの方と出会う支援にも繋がっている。担当制をとっており、毎月「一日一行日記」を家族に送付しホームでの様子がわかると喜ばれ、また運営推進会議に家族の方が交代で出席するなど家族との関係構築も図られている。退職や異動になった職員も訪問するなど和気藹々とした家庭的なホームである。今後は楽しみ事や役割をもった出番づくりを多く持ち、生活リハビリを通じて身体機能低下防止に努められることに期待したい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (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
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させている (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。]

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
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	地域密着の意義を考え理念に取り入れ職員はその重要性を理解し地域の行事の手伝いなどに積極的に協力している。	理念を見直し、地域とのつながりを大切にすることを追加している。理念はリビングの目に付くところに掲示し、また運営推進会議の資料にも記載し、推進委員や家族にも理念の啓発を行っている。	
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	つながりホームを通し地域の方と交流をもち高齢者健康づくり等に積極的に参加している。	毎月行われる「つながりホーム」に出かけ地域の方と交流を図っている。地域のゴミだし・清掃作業・お祭りなどには積極的に参加し、ホームを周知してもらえるように努めている。	
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	地域の要請があれば認知症サポーター養成講座を開催したり地域の中学生の研修の受け入れをしている。		
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	年6回運営推進会議を実施し区長さんや民生委員さんご家族・行政などと意見交換を行いサービスの向上につなげている。	地区の区長・民生委員・公民館長・福祉委員・行政の他にも交代で家族や入居者の方も参加して二ヵ月毎に開催されている。ホームの状況や活動の報告を行い、要望や質疑応答・助言などがあり、サービスの向上に活かすよう努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	その都度担当者や包括の職員とは情報を交換し協力関係を築いている。	日頃より町の担当者や包括の職員と連絡を取り、相談したり情報交換を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は行っていない。定期的に勉強会を行い職員の意識向上を図っている。	勉強会で職員は身体拘束による弊害を理解しており、身体拘束をしないケアを行っている。玄関は施錠せず見守り重視に努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	定期的な勉強会を行い入浴での身体確認などで職員間で確認し防止できている。		

グループホームやまびこ

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
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	研修会への参加は行っているが現在のところ活用する必要がない。		
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	契約時にくわしく説明を行い疑問点については、その都度お尋ねされるようお願いしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年に2回の家族会を開催し個別に要望を伺っている。また必ず運営推進委員会に出席して頂きご意見を聞いている。	担当者が記入した一日一行メモを毎月家族に送付している。面会時や家族会の開催時に意見を聞いたり、運営推進会議にも家族に交代で出席してもらい要望や質問を受けている。	
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	月に2回の定例会を開催している。また必要時に提案をして話し合いを行っている。	日頃のコミュニケーションや毎月の職員会議で、意見等を把握している。ホーム内で解決できない事は法人の定例会で情報交換やアドバイスをもらうようにしている。	
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	職員がやる気や向上心をもって働くことができるように労働条件の整備に配慮している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	個々にあった内部・外部の研修を受ける機会をもうけている。		
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	グループホーム部会に参加し研修会や交流会にて情報の交換をしサービスの質の向上に努めている。		

グループホームやまびこ

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	入所時に安心して暮らして頂けるようにご本人やご家族のお話を伺い不安のない暮らしができるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご家族の思いを尊重しなんでも話しあえる関係作りを行い安心して預けられるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	柔軟な対応を行い場合によっては他のサービスの利用の提案を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護する人される人と考えず同じひとつの家に住む家族としてとらえている。		
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	ご本人を共に支えていくという意識をもって頂いている。受診や色々な行事への参加をお願いしている。		
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	馴染みのお店での買い物や行きつけの美容室の利用などで地域との関係が途切れないようにしている。	「つながりホーム」や「B地区公民館」に出かけ、馴染みの方と会えるような支援を行っている。世代間交流やしめ縄作りなど季節に応じた活動にも参加し交流を図っている。	
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	テーブルやソファの位置を考え利用者同士の会話がはずむように工夫し共に暮らす人として交流がもてるように支援している。		

グループホームやまびこ

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
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	退所後も様子を見に行ったり逆にご家族の訪問があったりして相談があれば支援している。		
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					
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	ひとりひとり今の思いを聞き取りしている。できない方はかかわりのなかでの言葉や態度からの把握に努めている。	担当制になっており日頃の関わりの中から意向を把握するようにしている。意思表示が困難な方は言葉や表情、家族からの情報で把握するように努めている。	
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	入所時の情報提供書を頂きご本人やご家族より更に情報を得ている。		
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	職員間にて情報交換を行い状態の把握を行い生活リズムにあった出番作りをしている。		
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	面会時に課題についてご家族と話あったり気づきがあればその都度話し合いを行い介護計画の作成にいかしている。	職員の意見や家族の要望を聞きながら、計画作成担当者がプランを作成している。職員会議で必要に応じてカンファレンスを実施し、定期的にプランの見直しを行っている。	
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	職員間にて常にケアの中での気づきは記録として残しカンファレンスを行い計画の見直しを行い実践につなげている。		
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	ご家族との外出や同級会への参加などそれぞれのニーズにこたえられるように対応している。		

グループホームやまびこ

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
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	近くの公園への散歩や地区の公民館行事への参加し地域の一員として暮らしを楽しむ事ができている。		
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	かかりつけ医はご本人やご家族の希望としそれぞれの病院と連携をとりながら適切な受診ができるように支援している。	家族や本人の希望するかかりつけ医とし、町内は職員が通院の支援を行っている。専門医は家族同行とし、ホームでの状況など情報提供を行っている。	
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	看護師が不在のため関連施設の看護師に色々相談をし適切な助言をもらい必要であれば受診をおこなっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には日頃ご本人へのかかわり方や状態を情報提供している。普段の受診時に主治医との信頼関係を築いている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時点で重度化になられた場合についての話し合いは行いホームで出来ることまた方針については説明している。必要時には関係者と話し合いを行うようにしている。	入居時に重度化した場合のホームとしての方針を説明し了解を得て入居してもらっている。重度化した時に家族・医師等と話し合い、ホームでできる最大の支援を行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	応急手当やAEDの操作方法などは定期的に消防署の協力を得て全職員ができるようにしている。		
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	昼・夜と訓練を行っているが地域の協力体制が運営推進委員さんまでであり地元の消防団の協力も得たいと考えている。	入居者も参加して昼夜想定避難訓練や夜間の通報連絡網でタイムの確認も行っている。家族や他の事業所間で災害時の最終的な非難場所の申し合わせも行っている。	地域の消防団にも協力を呼びかけ、ホームの状況確認や協力体制の強化にもつながるような取組に期待します。

グループホームやまびこ

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	個々のプライドを傷つけないようにタイミングや声の大きさなどに配慮している。	一人一人の人格を尊重した言葉かけやプライバシーに配慮した対応を心がけ、勉強会も行っている。耳元で声をかけ、声の大きさにも配慮している。	
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	日々の暮らしの会話から思いをくみとりその思いに添えるように努力している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本的に1日の流れが決まっているがご本人の希望があれば柔軟な対応をしている。		
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に支援している	なじみの美容室を利用し、衣類も好みの物を自分で選んでいただいている。清潔保持には配慮している		
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	職員が利用者と同じテーブルにて摂取状態を確認している。食後の食器をお盆にのせてもらったり台拭きのお手伝いなどもお願いしている。また希望があれば買い物から料理まで一緒に作ることができるよう支援している。	おやつも含め全部が配食サービスの利用になっているが、月に一度はホームで手づくりができるよう努力している。テーブル拭きや配膳・食器洗いなど役割をもった出番ができるよう支援している。職員も同じ食事を一緒に摂っている。	一人ひとりの好みの反映や能力を発揮できる場面づくりとして、ホームで買物から料理までできる回数を増やす取組にも期待します。
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	配色サービス利用中にて管理栄養士の献立のもとバランスのとれた食事となっている。個々の状態をみてその人にあった形態としており、お茶はいつでも飲めるようにしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	個々にあった支援にて毎食後の口腔ケアはできている。		

グループホームやまびこ

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	排泄記録をチェックし時間毎に個々に声かけして誘導している。 紙パンツやパットもご本人に合わせて利用している。	自立の方も多くトイレでの排泄を基本に夜間のみポータブルを使用される方が2名おられる。パットや紙パンツを使い分け、排泄チェック表を活用し、時間やしぐさで声かけ誘導をおこなっている。	
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	毎日の体操や散歩にて運動をし腹部マッサージも行っている。おやつや空腹時の早朝牛乳による腸のぜん動運動にも期待している。		
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	基本的に1日の流れが決まっているがご本人の希望があれば柔軟な対応をしている。拒否がある場合は声かけやタイミングを工夫してしているがご本人の気持ちを大事にしている。	毎日沸かし基本的に一日おきの入浴になっているが、希望に応じて柔軟な対応を行っている。入居者の状態に応じて清拭を行い、清潔保持に努めている。	
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	おひとりおひとり気兼ねなくゆっくり休まれることが出来るように支援している。 眠前薬服用の方は決まった時間に服用して頂いている。		
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	処方されている内服の説明書は個別の内服袋に入れてありいつでも確認できるようにしてある。ひとりひとり服用まで確認し服薬後は症状の変化にも注意している。		
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	残された出来ることが発揮できるように1日の暮らしの中で出番作りに努め満足感をもって頂けるように支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	月に2回程の外出行事を行っている。 地域内の外出支援にて車椅子対応の方の外出もできており個々にあった外出支援ができています。 地区の公民館行事にも地域の方の支援があり参加することができています。	毎月地域の方と交流ができるような外出支援を行っている。車椅子利用の方も外出できるよう一人ひとりに配慮した支援をおこなっている。外食ではメニューの中から好きなものを選べるようにし、楽しみ事のひとつになっている。	

グループホームやまびこ

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご家族からお預かりして事業所にて管理しているが外出時や病院受診時などに支払いができる方は自分でできるように支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話の希望があればいつでもかけられるようにしている。手紙は年賀状や暑中見舞いをご家族に出して頂いている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	観葉植物をおいたり季節の花を植えたりし落ち着いた暮らしができるように工夫している。音や光は生活感として捉えている。	季節の花を植えたり飾りつけを行っている。置コーナーやソファの設置で思い思いに過ごせる場所を確保してある。カーテンなどで日差しを調整したり室温にも配慮し快適に生活できるようにしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ひとりひとり思いのまま過ごせれていることができる。 ソファやテーブルの位置を工夫しゆっくりつるげる場所作りをしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭で使われていた家具を置き好みの写真などを個々に飾っておられる。我が家に居るという安心感を得られるようにしている。	馴染みの家具を持ち込み一人ひとりに合わせたレイアウトをしている。家族の写真や趣味の相撲に関する番付け等を飾ってあるところもある。家族が面会に来られたらゆっくり居室で過ごされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	個々の状態を見極め危険のないような環境づくりをし自立した暮らしができるように支援している。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	35	協力体制が運営推進委員さんまでであり地元の消防団や近隣の住民の協力も必要だと思われる。	地元消防団や地域住民のみなさんとの連携をとり協力体制の強化を図る。	①訓練時参加の声かけをする。 ②運営推進委員会で情報収集をする。 ③日頃からの地域との密接なつながりに努める。	6ヶ月
2	40	本来のグループホームの姿である食事を一緒に作ることができず一人ひとりの能力が発揮する場面が少なくなっている。	毎日ではなくてもまずはおやつ作りからホームでできるようにお願いし食事作りへつなげる。	①週に2～3日おやつ作りができるようになるようにお願いする。 ②材料の切り込みなどの手伝いができるように配食と相談する。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。