

### 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	0874305006		
法人名	有限会社 田園福祉企画		
事業所名	グループホーム はなの郷		
所在地	茨城県猿島郡五霞町江川4024-2		
自己評価作成日	平成24年4月1日	評価結果市町村受理日	平成24年7月20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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=0874305006&amp;SCP=320&amp;PCD=08">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=0874305006&amp;SCP=320&amp;PCD=08</a>
----------	---

**【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成24年6月25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)】**

利用者様の人生経験と社会貢献に敬意と感謝を持ち、寄り添う介護をさせていただくことを常に基本としています。豊かな自然環境の中で、自然の恵みを楽しみながら人間らしいゆったりとした時間を持てるように支援をさせていただいています。

**【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)】**

広大な田園風景が眺められるゆったりとした空間の中で、職員の見守り支援を受けながら、生活を楽しんでいる。隣接の2000坪の農園で収穫した、四季折々の新鮮な野菜や果物が食卓に上がるのが喜びとなり、利用者のやりがいを引き出す良い場となっている。管理者や職員は理念に基づいたケアの提供に日々努め、利用者個人個人に応じた対応を行っている。特養と事業所のデイサービスの両方を利用し、入居申請も同時に行っていたが、事業所のケアに感銘を受け、ホームに入居した利用者がある。

**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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念を基本に、毎朝のミーティング、サービスの中で共有し実践をしている。	開設時に施設長とケアマネで作り上げた理念(利用者本位の支援・地域に開かれた施設作り)を、毎朝ミーティング時に施設長も参加して確認を行い、管理者・職員と共有し、日々のケアに努め、フロアに掲示し意識付けを行っている。	
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	地元の祭りの参加、歌唱、ダンス等のボランティアの受け入れ、交流。	地域ボランティアを受け入れ(民謡・歌唱・フラダンス等)利用者は楽しい一時を過ごしている。地域の夏祭りには利用者も参加し、そこで昔なじみの方々との交流も持たれている。収穫された野菜等を近隣に配ったり、資格取得の情報の場となったり、地域サポート相談員として相談にのるなどの取り組みをしている。	
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	地域密着型介護サービス協議会の地域サポート相談員として相談業務にあたり、また、常に地域の高齢者だけでなく、交流の場としての役割を提供している。		
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	協議内容をサービスによりよく生かすことができるように実践努力している。	2ヶ月毎に行政・家族・民生委員・事業所関係者のメンバーで開催。主な内容は行事・活動予定・意見交換など。会議内容は議事録にまとめ、職員に伝達し共有している。席上の意見をサービス向上に活かしている。	行政の理解を得るために、ワンユニット会からの働きかけを行ってみては如何でしょうか？消防団・僧侶の講話の日に地域住民参加型の運営推進会議として同時開催したり、会議内容を全家族に報告するなど、施設の応援者の確立を期待します。
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取り組んでいる	常日頃から担当者と連絡をとり、運営推進会議に参加をいただいている。	日頃から行政と連絡を密にとり協力関係を築いており、行政主催の行事に参加(福祉祭・敬老会・文化祭)、近隣施設と情報交換、民生委員・社協の研修見学を受け入れ、お互いの理解に努めている。中学生の体験学習については検討中である。	

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束ゼロをめざし、意識付けと共通理解の徹底。	身体拘束となる具体的行為を理解し、拘束ゼロを目指したケアに取り組んでいる。勉強会や日々のミーティングで確認を行い、身体拘束をせずに利用者の安全面を考慮したケアに努めている。スピーチロックに関して職員は理解している。	
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	虐待はあってはならないが、ミーティング等において虐待についての防止、情報について意見を出し合っている。		
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	以前、入所されていた方の事例を通して学んだことを踏まえ、権利擁護に関する制度等の理解を支援に結びつけていきたい。		
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	契約締結時には十分な説明を行い、利用料金を含めた諸事項を理解・納得をいただいている。		
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	特に、家族の方には面会に来られたときだけで無く、随時、直接電話等で意見をいただいたり、お知らせ事項の連絡をしている。	重要事項説明書に苦情担当窓口・第三者窓口を明記し説明も行っている。面会時や電話でも意見を聞き、それらはすぐに検討し運営に反映させている。毎月の支払い時には利用者の状況を説明。	
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	毎日のミーティングの中での意見は、早急な改善対策とし機能している。	施設長同席のミーティング時が意見交換の場となっているが、日々のケアの中での気づきや改善要請等はその都度話し合っている。職員からは何でも話しやすい職場環境であるとの話があった。職員のストレスや不満には施設長・管理者・リーダーが声掛けをし解消に努めている。希望休や研修受講は希望が通っており、職員の資格取得への支援を行っている。過去に回転モップ購入の依頼があり購入したこともある。	

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	代表者は朝のミーティングを含めて、毎日来所し、ホームの状況を把握し、職員個々の事情、希望をくみ上げる確に対応している。		
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	特に研修受講を奨励をし、職員の資格取得には多くの面で援助を行っている。		
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	開業当初から近隣の同業他社との交流を図り、特に、研修、親睦会等を通して職員間の交流がある。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	まず、本人の話を傾聴し、共感的理解を示して、信頼関係の構築に努める。		
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	納得のいくまでのサービスについての説明は必然であるが、疑問が残らないよう話しをして信頼関係を築く。		
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	利用者と家族が何を求めているのかを見極めるために、通り一遍の説明に終わるのではなく、説明、話し合いを十分に行う。		
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	尊厳をもって介護をさせていただく事を十分に自覚し協同生活者の関係を築く。		

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お誕生会等、利用者、家族、施設の三者が一体となり諸々の情報を発信し、理解を深めていただいている。		
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	手紙、電話、施設への訪問等支援を行っている。	手紙(代筆・代読)・電話の取次ぎや農産物の宅配を行い、お礼の電話を楽しみにしている利用者がある。馴染みの美容室に出かける利用者もいる。友人・知人・家族の面会は頻繁であり、利用者が培ってきた馴染みの人や場所との関係継続の支援に努めている。家族の協力でお墓参りに出かけている。	
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	各利用者に心配りをし、例えば、食事の際の位置、くつろいでいる時の座席位置等も変えている。		
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	可能な限り継続性が保たれる対応を心掛けている。		
<b>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</b>					
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	その人らしい生き方を尊重し、利用者本位のケアを心掛けている。	利用者一人ひとりの思いや希望を日々のミーティングで話し合い、全職員共通意識の元、支援に努めている。遠慮をする利用者には家族から意向を聞いたり、利用者の表情や様子から察し、利用者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	これまでの生活歴、生活習慣を尊重し、家族にも確認して支援させていただいている。		

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎朝のミーティングの中で記録等を元に情報を共有し介護に生かしている。		
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	本人、家族の意見を尊重した介護計画を心掛けている。嘱託医とも連絡を密にしている。	利用者・家族の意向を聞き、サービス担当者会議で課題とケアのあり方について話し合い、時には嘱託医のアドバイスを受け、現状に即した介護計画を作成している。作成後は家族の同意を得ている。ケアマネが交代したばかりではあるが、今後ケアプランを活かしたモニタリングにつなげたいと意欲的であった。	
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	記録については、食事摂取、排泄、バイタルチェック等も含めて毎日の様子、状態を個人ごとに夜間についても記録し介護計画の作成、見直しにいかしている。		
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	ターミナルケアにも積極的に取り組み、認知症の方の緊急的避難にも対応している。		
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	実績として、民生委員の研修等があり、地域との理解と連携を深めていきたい。		
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	地理的にも近距離であり、関係も極めて良好です。毎週一回の往診があります。	毎週往診があり、必要時は職員が付き添い連携病院に受診している。かかりつけ医には家族が付き添っている。受診後は家族に電話報告し、日報に記録を残していることが確認された。	
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	看護婦は居ないが、嘱託医とのきめ細かい連携があり、対応を受けている。		

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者の入院中、退院等において病院側との情報交換を行い、本人との面会をし、施設においての介護サービスにつなげている。		
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	終末期のありかたを利用者、家族と十分に話し合いを持っている。終の棲家としての役割を持ったホームをめざしている。	重度化・終末期のあり方につき、契約時に説明し書類に残している。家族・利用者の意向に沿うよう他の利用者に配慮しつつ、医師と連携を行い支援に努めている。家族・利用者にとつて、『良い終の棲家であったといってもらえるようなホームで在りたい』という施設長の熱い思いが職員に浸透してケアに繋がりが、家族からお礼の言葉をいただいて励みになったという感想が職員へのヒアリング時に聞いた。	職員の不安解消の為に終末期の前段階で看護師と相談できる体制の確保を考えてみては如何でしょうか。
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	急変時。緊急連絡における対応については、特に徹底を図っている。		
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	地域特性の水害対策、また地震対策等を町の防災対策を参考にして進めていきたい。	消防署指導と防災社員による訓練を実施し、避難経路・利用者の行動把握・消火器使用方法・通報システム等を身につけている。地域・消防団との連携は運営推進会議で提起した上で、考慮するとの事。コンセンソのほこりにも注意をしている。次回は夜間想定を実施したいとの事。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者一人一人の個性を尊重し、施設での生活をその人らしくできるようにケアをしている。ケアについては、常にモニタリングをすることによって支援をしている。	人生の先輩として利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないような態度や言葉使いに配慮している。個人情報保護に努め、書類関係は事務所に保管している。書類等の個人情報利用目的を記載し、新たに同意書を取り交わしている。写真やパンフレット等の掲載に関しては書面に記するとの事であった。	

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者本人の意思は尊重し、特に自由に意思表示ができるような環境を心掛けている。		
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	寄り添う介護の中で、利用者一人一人を尊重し、その人らしい暮らしができるよにしえんしている。		
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	理容師の隔月の来所、希望により美容室への送迎。		
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	施設農園の野菜を、利用者と収穫し、食べていただいたり、希望があれば食器等のかたづけ等をてつだっていただいている。	食材は外注業者が配達し、職員が調理を行っているが下準備で利用者が手伝うときもある。利用者の食事形態に応じた対応となっている。農園で収穫された新鮮な野菜等を提供している。食卓は職員と一緒にテーブルを囲み楽しい会話で盛り上がっていた。配膳・下膳を行っている利用者がいた。おやつは利用者の希望を聞き、一緒に作っている。	
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	食事摂取、水分摂取に関して、毎日記録し定期的に体重測定を行い一人一人の状態の把握につとめている。		
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	ブラッシングを基本としながら、義歯の方には洗浄剤を使用したケアを行っている。		
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むけた支援を行っている	利用者一人一人の排泄パターン、習慣を把握し、安易なおムツ使用は避けている。	利用者の排泄パターンや表情・仕草から察知して前誘導を行い、トイレでの排泄や排泄に向けた自立に向けた支援を行っている。失禁時は他の利用者に分からないよう支援している。	



茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日の排泄の記録を把握し、状況によって薬の服用もありますが、毎朝、職員の作る自家製ヨーグルトを食べていただいている。		
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	入浴日は決めてあるが、本人の希望を尊重し入浴支援を行っている。	入浴日・時間を決めて支援を行っているが、希望があれば、利用者に合わせた支援を行っている。季節に応じて菖蒲湯・ゆず湯を提供。足拭きマットの上にバスタオルを敷き、感染予防に努めている。入浴時や入浴後は利用者の表情が晴れ晴れとしている。拒否者に対しては無理強いせず足浴・清拭で対応するときもある。	
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	利用者本人の意思を尊重し、自由な時間に休息をとっていただいている。		
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	各利用者が服用している薬についての説明書等はファイルに綴じ、職員等、だれが見ても分かりやすいようにしている。		
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	利用者一人一人の楽しみ、嗜好をミーティング等の中で話し合い支援に生かしている。		
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	外出等、本人の希望があり、可能な状態であれば、食事、お花見等を実施している。	季節に応じた(桜・バラ・紫陽花・コスモスの花見・ぶどう狩り等)外出支援のほか、日々の散歩や買物等に出かけたり、畑仕事や収穫で外気を浴び、五感への刺激を大切にしている。 外出に出かけることもあり、そのときの利用者の表情がとても良いことはもとより、食欲も旺盛である。	

茨城県 グループホームはなの郷

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	利用者全員がおこづかいとしてお金を用意している。管理は施設で行っている。		
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	電話や手紙の支援については、取次ぎ、代筆、代読等の支援を行っている。		
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	新設であり、設計の段階からゆったりとした可能な限りの広さをとり、採光、四季折々の変化が味わえるように工夫がしてある。	共有空間はゆったりしており、自然な採光がホームの隅々まで差し込んでいる。壁には外出した思い出の写真を飾り、家族との話題づくりとなっている。窓から農園・田畑が一面に広がり、自然と四季折々の変化を肌を感じる事が出来る。花火観賞は特に利用者は楽しみにしているとの事。	
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	テーブルの周りにかこむようにソファを配置して、余裕ある空間をつくり、気のあった同士がゆったりと過ごせるようにしてある。		
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	家具、備品等、本人が気に入ったもの、家族の理解をいただいたものを置き、心の安定に役立っている。	使い慣れた筆筒・椅子・テレビ等を安全面に配慮しながら設置している。家族の写真や思い出の小物を飾り、利用者がいい心地よく過ごせるような居室となっている。奥様の形見の鏡台で毎朝マッサージしている利用者がある。入り口には一工夫をした折り紙を飾っている。	
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	ケアをする上でできること、わかることを把握」することは重要であり、職員全体の共有情報として支援している。		

## 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	4	運営推進会議を2か月ごとにおこなうようにしているが、行政、家族代表、民生委員だけの開催になっている。	より幅広い形での運営推進会議の参加が望まれる。	地域住民の方に参加をしていただいたり、会議内容を全家族に報告。	2か月
2	33	重度化、終末期において、医師との連携はあるが、前段階での看護師と連携があまり無い。	医師とともに看護師との連携強化	介護職員の不安を減らすため、看護師とのきめ細かい連携をとる。	1か月
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、行を挿入して下さい。