

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	1176502233		
法人名	特定非営利活動法人福祉ネットワークエヌツー		
事業所名	ふるさとの家		
所在地	埼玉県さいたま市西区清河寺722-1		
自己評価作成日	西澤 新治	評価結果市町村受理日	平成22年5月12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.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成22年3月29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)】

利用者と馴染みの関係を築き、自分の家のように感じていただけるように、家庭的に雰囲気大切にしています。
又、健康で活動的に生活できるよう、ラジオ体操・介護予防体操等に積極的に取り組んでいます。

【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)】

ホームの名称である「ふるさとの家」に相応しい一見普通の家のような設計である。1級建築士である理事長が自ら設計され、広びろとした部屋・共有空間で、ゆったりした生活を送られている。また職員数も多く一人一人のケアに手厚く対応できている。理事長、施設長、職員とも介護には熱心な様子が伺えた。
事業所の前は、小学生の通学路であり、万が一の時の避難個所「こども110番の家」となっている。自治会・地元商工会の会員でもあり、地域の一員として積極的な交流が図られている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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。]

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	月一回の全体会議や日常での介護に対して討論をかわしている。日々の引継ぎにより各利用者の変化に応じた事を運営理念に基づいておこなっている。	理念として「利用者の主体性を生かす」「各人に応じた介護」「円滑な共同生活の工夫」掲げている。日々の申し送り時、運営理念を唱和し、理念にもとづくケアを実践している。	
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	地元、自治会、商工会員として地域の一員として交流を深めている。	理事長が商工会準会員や自治会員になっており、敬老会に地域の方を招待したり、回覧板を回すなど地域との付き合いは密接である。	
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	地元、地域の行事(春祭り、夏祭り、盆踊り)に参加、馴染みの関係に勤めている。		
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	運営推進会議では、利用者の皆さんがいかに自然体で地域にとけこめるか等の会議に終止するケースが多く実際の評価の議論に至らない場合があるので反省している。	運営推進会議には自治会長、商工会会長、地域包括センター、家族会の方が参加されている。ホーム内の介護について、地域包括支援センターに相談したりして、サービスの質向上に結びつけている。	運営推進会議の内容を市にも伝え助言をもらうようにし、より良いケアに結びつけることを期待したい。
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	市担当者と連絡を取り合っている、必要に応じて利用者の様子を伝えている。	市の担当者へ、利用者の生活の様子についてよく報告され、情報共有がなされている。	
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	利用者が受ける身体的、精神的弊害について理解市、身体拘束のないケアを実践している。外部からの不法侵入を避ける為施錠しているが防犯上鍵を掛けている事を家族に説明同意を得ている	身体拘束をしないケアについて職員会議で取り上げ研修し共通理解している。防犯上の理由で玄関施錠はしているが、居室からベランダには自由に出入できるようにしているなど利用者家族にも説明と同意を得て努力をしている。	
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	安全確保等緊急かつやむを得ない事情で何らかの拘束が行われる場合、その理由、方法、期間を明記した記録を家族への説明、同意書等がある。		

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
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	成年後見制度の利用を開始した利用者がある。制度への移行時は、関係者と相談をして職員に対して説明する機会を設けた。		
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	入居契約書、重要事項説明書の中で分かりやすく明記されている。利用者、家族に口頭で分かりやすく説明し同意を得ている。		
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	家族の訪問時は、意見・希望を伺うようにしている。食事会などは利用者の希望をいれ実施している。	職員数が多いので日々のケア時ゆったり時間が取れ、利用者からの要望や希望もその都度聞いている。また家族会など特別なものは無いが、ホームに家族が来られたときには職員、管理者とも意見を良く聞くようにしている。	
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	月一回、全体会議を儲け、日々の支援で感じていることについて情報交換をしたり協議している。緊急事項についてはその都度会議を行っている。	月一回の全体会議、2回のカンファレンスでは職員から活発な意見をもらい、可能なものから実施している。最近の提案では、手が不自由な利用者に自助具の使用することが採用され実施している。	
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	就業規則の作成に着手		
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	各種団体の研修への参加、また研修レポートの提出で得た知識情報を他の職員に伝達している。		
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	年間を通じての交流はさほど多いとは言えないが行事を通じて職員同士の交流をは計っている。		

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
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	利用者の意向を聴取して、不安なことを抱えこまないように支援している。 馴染みの関係が出来るように配慮している。		
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	ご家族に丁寧に説明をして、不安の解消に努めている又生活暦を聞いて介護にいかしている。		
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	医療も含めて一番必要なケアが受けられるように、利用者、家族に相談している又関連機関とも連絡を行っている。		
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	利用者の個性に応じて、日常生活の中で出来る事をしていただいている。 調理の下ごしらえ等一緒に行っている。		
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	ご家族と一緒にケアを考えていけるように状況の変化を伝えて相談している。		
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	定期的にご利用者と職員と一緒にアイデアを出し合い家族や知人に手紙を送る支援をしている。又長く交流が継続できるようにしている。	手紙を送る支援から、電話での交流に発展したケースもある。暑中見舞いや年賀はがき等を差し出す支援も行われており、関係の継続ができています。 ホームに家族が来られたときには職員、管理者とも意見を良く聞くようにしている。	
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	レクリエーションなどを通じて利用者同士の交流と仲間意識が出来るように取り組んでいる。		

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
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	自発的退居、入院状況(容態)による事例があるが、ホームとしては、利用者の終の住家として考えている事を家族に説明している。		
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	毎日の生活の中で意向を把握して取り入れられるようにしている。本人の気持ちを確認して変化を見のがさないようにしている。	普段の生活のなかで何気ない会話から、利用者の意向や希望を見出している。入居されて数年間経過している利用者からも、また新たな希望や昔の生活を話されることがあり、ケアに活かしている。	
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	個人の昔の生活を考慮してケアの方法を考えていっている。状況変化時には生活暦を振り返り検討している。		
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	毎日の引継ぎにより、利用者一人一人の日常生活における状況の変化を把握してケアの実践に努める。		
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	本人や家族に評価をしていただき訪問医療時に介護計画の意見を聞いている。	利用者に対し、担当制を敷き、毎日のケアで確認した意向・希望を月2回のケアカンファレンスに上げ、職員間で検討しケアプランを造りこんでいる。担当も約3ヶ月で変わるようにして、全ての利用者に細かく対応できるようにしている。	
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	身体生活サポート日程表を活用し利用者全員に深くかけられるようにしている。又記録で情報を共有している。		
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	利用者の主体性を活かし季節に合わせ、年間行事計画の中で家族をも含めて取り組んでいる。		

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
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	地域の一員として地域が主催するも催うしに参加する事に支援している。		
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	月2回のかかりつけ医の往診時状態に変化のある利用者に対して専門医への受診を相談している。	協力医療機関が数か所あり、時間外でも医師の適切な助言が得られているので職員にとって安心。	
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	高血圧の利用者の毎日のグラフ付け、月1回の身長、体重測定の変化を看護師に相談し適切な受診がうけられるように支援している。		
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。	入院時ホーム内での利用者の状態を詳しく、家族、病院関係者に報告している。退院時食事、水分補給、移動、移乗など利用者に応じた介護を行っている。		
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	病気の症状により家族と話し合い終末期は病院で迎える事が多いが本人の主体性を重んじている。	入居前に、利用者・家族に重度化した時、終末期の支援と対応について説明し同意を得ている。	
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	急変時は職員の連携により円滑に応急手当が出来るように随時実践を身に付けている。		
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	避難訓練を通じて職員同士が理解している。又地元自警消防団の協力体制も確立している。	抜打の避難訓練が、利用者・職員で実施されている。また、地元自警消防団との協力体制が確立されているが、訓練を行うまでにはなっていない。火災感知器はすでに設置されており、スプリンクラーの設置については、実施時期も含め、詳細な検討がなされている。	次回の運営推進会議において、非常災害対策をテーマとして会議を開催されることが望まれる。

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
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	どんな状況においても利用者の人格を重んじ常に利用者の理解者であるとを伝えるよう対応している。	利用者の居室に入るときは、一言断ってから入室するようにし、トイレ時の介助もプライバシーの尊重には十分注意し職員全員で取り組んでいる。利用者をお呼びする時、〇〇ちゃんと呼んだりしないように職員会議で話し合い、実行している。	
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	声かけをしながら欲しいものや買い物等を聞くように接遇する事を心掛けている。		
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	食事の時やおやつの時間又レクリエーションの時間等は本人の希望で自由に行動していただいている。		
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	利用者が常に清潔を保てるをもっとうに支援している。入浴後の髪の手入れ、外出時服装のチェック等、又夏の行事には全員に浴衣を着用して頂き季節感等を味わうような支援もしている。		
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	食事毎前に食前体操として、お口のエクササイズと舌の体操をお行っている。拘宿が見られる利用者は手付き茶碗を使用し、食事の楽しみ工夫をしている。又は配膳、下膳は当番制で工夫している。	水曜、日曜日が好みのメニューが選べる自由食となっており利用者の楽しみとなっている。玉葱の皮を剥いて貰う、お茶を入れてもらうなどできることは行っていただくようにし職員と利用者が協同して食事づくりをしている。	
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	食材は栄養バランスを考慮して業者発注にゆだね利用者の要望に応じている。水分量等は医師の指示を受け支援している。		
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	利用者は義歯の人が多いが、週1回訪問歯科医による指導により口径状態を維持している。ホーム内では食事後義歯の洗浄指導している。		

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
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	利用者毎に排泄チェック表や排便チェックが記録されていて排泄の自立に向け支援している。	夜間のみりハパンを使用している人が多い。日中は排せつチェック表でリズムを掴み、排泄の自立を支援している。 ホーム内にトイレが6ヶ所設置され排泄の自立支援に役立っている。	
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	体操や掃除等により体を動かすという適度な運動や乳酸品等で自然排便に取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は週2回行っている。時間等の制約もあり日程、時間を決めて入浴をしている。	入浴日は週2回で決まっているが、午前9時から夕方まで希望の時間で入浴を提供している。急がしたりしないようし、ゆっくり入浴してもらえることを心がけている。	
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	就寝時間内に入眠に入るので生活リズムが安定している。又居間にはソファ等で休憩できるよう工夫している。		
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	薬の副作用によって変化がある場合は医師、家族に事前報告しその確認をしている。		
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	輪投げ、ボール運びなどレクリエーションの中から楽しみを支援している。又食事会などを実施しラーメン、ギーウザ等好みの嗜好品など楽しみにしている。		
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	利用者の体調に合わせて散歩コースを選び計画を実施している。 又家族との外出の折食事、買い物等の協力をしていただいている。	散歩道にある近く老人ホームには、さくらが咲き始め、木蓮が満開である。この季節を感じながら、天気の良い日は、ほぼ毎日近くを散歩している。また、希望により近隣のスーパーに買い出しの支援をしている	

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		○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	本人、家族と話し合いながら対応している。利用者からの預かり金は、買い物時は本人に渡し自ら支払う機会をつくり支援している。		
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	行事の出来事など手紙にして連絡できるように支援している。又身内同士が肉声を希望される利用者の為に公集電話を設置している。		
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	利用者の生活をより良く過ごされるよう移動、動線を工夫し内部仕上げも一般住宅並みしている。	居室や共用の空間が広く取られており、ゆったりとした生活を送っている。 職員が担当制で写真や利用者の作品を飾り、季節感がありあたたかい暮らしの工夫がなされている。	
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	居間や廊下などに好みのテーブル椅子を配置し、自由に居場所確保に専念してある。		
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	入居時や季節変り時期などにおいてその都度好みの品を持ち込み出きる工夫をしている。	いままでの生活が継続できるように、備え付けのベッドを使用する人、床に布団を敷いて寝る人、入居者の希望に副って支援している。ホームは調度品などできるだけ制限せず危険でなければ許可するなど理解がある。	
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	居室前には、ベランダを配置利用者の個性に合わせた楽しみ、活動ができる工夫をしてある。		

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	1	ホームの理念をケアに浸透させる	利用者の主体性を生かし各人に応じた介護ができる。	利用者の個性に応じたケアを工夫する又利用者の主体性を生かして自立支援する。	2ヶ月
2	13	職員のケアの向上をはかる。	一人ひとりの実践力の向上ができる。	内外の研修等を通じてケアの知識や技能を学び実践に生かしていく。	12ヶ月
3	35	非常時を想定して災害対策を地域と協調の確立	災害時に利用者の安全が確立できる。	地元、自治会、地元自警消防団との避難訓練予定又運営推進委員会で災害対策協議する。ホームとしては、スプリンクラーを五月下旬までに設置の方向の予定	12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。