

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	1690500051		
法人名	有限会社 トーカイシステム		
事業所名	そよ風ホーム		
所在地	氷見市窪2073		
自己評価作成日	平成27年4月20日	評価結果市町村受理日	平成27年6月26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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人富山県介護福祉士会		
所在地	富山県西中野町1丁目1-18オフィス西中野ビル		
訪問調査日	平成27年5月15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)】

1人ひとりのできる力を大切に、生活の中で力を発揮できる場を設けるように心がけています
身体作りには食事が基本！！口腔ケアに力をいれています

【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)】

事業所に隣接するJRの線路の先に海沿いの松林が垣間見え、ホームには心地よい風と明るい光が差しこむ。リビングの壁には、誰もが常に見えるよう、大きく温かみのある文字で書かれた理念『自然と笑顔になれる家～一人ひとりのリズムに合わせ～』が掲げられている。ホーム内に配置されている、手作りの和風吊り飾りや壁飾りはご家族や来客を和ませている。入浴は併設するデイサービスの大きな浴場を使用し、デイ利用者とも気軽に交流している。また、近隣からいただいた野菜で調理した食事を楽しみ、芋ほりや菊花の見学、祭事の神輿来所など、地域とは日常的な交流があり、運営推進会議には行政職員をはじめ、民生委員や婦人会顧問の方々の参加協力がある。新入職時には全員が事業所主催の介護の基本的研修を受講し、利用者とともに“自然と笑顔になれる”よう努めている。

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広がったり深まり、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	手作りしたものを、目に付くようにリビングに掲げ共有している	理念『自然と笑顔になれる家～一人ひとりのリズムに合わせ～』は、ホームのリビングに掲げられ、いつでも誰でもが確認できる。管理者と職員は利用者個々に添った支援について、毎日の申し送りなどで随時話し合い、笑顔に満ちたケアにつなげている。	
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	近所の理容店が来所してくれたり、職員がお連れしたりしている 地域の方からのご好意で菊花の観賞や、芋ほりができた。また花の苗を植えていただいたり、野菜をいただいたりするようになっている	散歩途中で出会う近隣の方との挨拶をはじめ、育てている花や野菜を届けてくれたり、地域の祭りには神輿が回ってくるなど、日常的な交流が行われている。	
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	氷見市認知症高齢者等見守り体制推進会議に出席し、認知症の方への理解をしていただけるように努めた		
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	日頃の取り組みや評価結果を話し合い、思いや意見を聞き役立てている	隔月に開催されており、行政職員、民生委員等の出席を得て意見交換が行われている。出された意見をもとに、芋ほりや菊の花見学などが実現し、地域との交流の機会が増えるなど、会議を活かした取り組みがある。	
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	市が実地している研修に参加している 運営推進委員会には毎回参加していただき、事業所の実情を知っていただき指導や案をいただいている 事故報告を行い指導を受けている	市役所担当者とは、運営推進会議等を通して事業所の取組みが伝えられ連携が図られている。また、地域包括支援センター主催の研修会や地域密着型事業所の会議に参加し、情報交換を行いながら協力関係を築くよう努めている。	
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	身体拘束となる行為の内容は何時でも確認できるようにしてあり、しないことを原則にしている 危険度が高い場合はフローセンサーを使い対応してご家族に使用状況を報告するようにしている	身体拘束をしないケアの実践について、入職時の研修やマニュアルでの確認とともに、管理者と職員は日々ケアの中で気づいたことを話し合っている。また、センサーマットの使用に関しては、本人の状況と家族の意向をふまえた上での限定的な使用となっている。	
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	虐待防止法を何時でも確認できるようにしている		

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
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	必要と思われるご家族にはパンフレットを見てもらい紹介している		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に重要事項説明書とともにサービス内容を説明するとともに職員ができること、できないことを説明して同意を得ている		
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	毎月、ご本人の様子や職員の関わり方などを書面にして郵送し、面会に来られた時に様子や気にかかることなどを報告してご家族の考えを聞き反映させるようにしている	毎月、本人の近況を写真入りの“お知らせ”として個々の家族に送り、また、面会時には家族からの話に耳を傾け、相談があればきめ細かく対応するなど、意見の言いやすい関係づくりに努めている。出された意見は記録を通して職員間で共有し運営に活かしている。	
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	申し送りの時や問題が発生した時には相談して提案を反映させている	毎日の申し送り時には職員間で情報の共有を行い、また、普段のコミュニケーションをきめ細かく行いながら、気付いたことはすぐに管理者や施設長と話しあう機会を作るよう努めている。	
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	施設長は日々の、ケアの内容を把握して個々の努力や勤務状態を見るようにしている 資格手当を定めて職員の向上心を促している		
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	スタッフルームに教材を置きいつでも読めるようにしている 研修を受ける機会が持てるように配慮している		
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	地域密着型情報交換に参加することで施設の取り組みを学び、参加できなかった職員にも報告している		

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
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	思いを聞いたり、感じとったりしてご家族とも相談しながら安心して生活できるよう努めている		
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	思いを聞き、対応の仕方を話し合うようにしている また、協力していただきたいことも話している		
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	面接などでご本人にとって一番良いサービスは何か・・・を考え、ご家族に他のサービスの紹介を行ったりしている		
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	すすんで手伝ってくれる茶碗拭きや洗濯物の干す・たたむなど、できることは見守り助けてもらっている		
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	受診や買い物などできる範囲で協力をお願いしながらご家族と一緒にご本人を支えるようにしている お茶会をしてくださるご家族もいる		
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	ご家族に連れられ散歩に出かけたりお墓参りに行ったり、親戚の方や知人が訪れ会話を楽しむこともある 理容店の協力のもと、理容院に行くこともある	家族と一緒に、法要や、自宅地域の行事に参加するなどの機会がある。友人、知人、地域の方の訪問や面会時には居室や共用スペースなど好きな場所で時間を過ごしていただくなどの配慮があり、大切な人との関係の継続に努めている。	
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	席替えをしつつ穏かに過ごせるように配慮している 回りの方を気をかけ、手を差し伸べてくれる姿がよく見られる		

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
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	ケアマネージャーやご家族に様子を伺ったりして状態を把握するようにしている		
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	会話やかかわりの中での表情などから思いを察し、くみとり申し送りの時に話し合っている	入所時の面接で、本人や家族から生活歴や心身状況等とともに、暮らし方の希望や意向を把握している。また、日々の会話や行動・表情等から、その人の「思い」を汲み取り、介護記録や個別記録に記入し、介護計画に反映させるよう努めている。	
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	ご家族に伺ったり、ご本人との会話で知りえた情報を記録していき把握するようにしている		
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	できないことよりできることを見つけ出すように努めている		
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	毎月、ご家族へ往診結果とご本人の様子、職員の関わり方を書面で報告している 面会に来られた時に状態と困っていることなどを報告し希望や意見を聞き反映している	毎日の申し送り時に、ケアマネと職員は、個々の計画や本人の様子について意見を出し話しあう場を設けている。また、面会時等に家族の意見を聞くなど、本人・家族の意向に沿い、現状に即した介護計画の作成に努めている。	介護計画をチームでつくる過程やモニタリングの記録等の整備を期待したい。
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	日誌や介護記録に状態を記録しつつ情報を共有し、引継ぎや問題が起こった時に話し合い介護計画に活かしている		
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	ご家族が動けない場合はご家族と話し合い必要な衣類を購入したり、受診介助を行ったりしている		

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
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	地域の理容院の協力で来設して理容を行ったり、理容院にお連れすることもある職員と一緒に図書館に行ったり、買い物に行ったりしている		
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	ご本人・ご家族が希望するかかりつけ医となっている 協力医は1ヶ月に1回往診、眼科は必要な時に依頼すると往診していただける Drに状態を報告して通院介助も行っている	かかりつけ医は、入所以前の主治医に継続受診される方、また事業所の協力医に変更される方など、本人や家族の要望に沿ったものとなっている。緊急時や、家族の都合のつかない場合には職員が受診対応し、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	施設の看護婦や協力医の看護婦に状態を伝えて指示を仰ぎ受診につなげている		
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、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。	受診に至った過程を書面にて報告、地域連携室の方にADLなどの情報を提出し、入院後の病状や今後の見通しなどの情報をいただき状態の把握と退院に向けての話し合いを行っている		
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	入所の説明時に「看取り指針」の説明を行い理解していただいている 重症化した場合はご家族やケアマネジャーと話し合い他施設の紹介を行い申し込み時には情報を提供している	重度化した場合の指針及び看取り指針を作成し、入所時家族に説明し同意を得ている。常時医療が必要な場合等の重度化対応や看取りは原則行っていないが、家族や本人の意向を汲み取りながら、今後の方向について相談や助言を行い、不安の無いよう支援に努めている。	
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	電話の前に救急時のマニュアルを貼り、すぐに連絡できるようにしてある		
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	簡単明瞭な防災マニュアルを作成して年2回避難訓練を行い、消火器の設置場所や避難経路の確認を行っている	日中の火災想定避難訓練を、法人事業所合同とグループホームのみで計、年2回実施している。運営推進会議では、訓練の実施報告をしている。	地域住民の参加と協力、夜間想定、地震対策、備蓄等についての検討を期待したい。

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	守秘義務を職員で確認しつつ、誇りやプライドを傷つけない声かけに気を配っている	新入職員を対象とした研修で、コミュニケーションと、守秘義務・プライバシー保護に関する学習会を行っている。特に、入浴や排泄介助時には、言葉かけや他者からの視線に配慮するなど、一人ひとりを尊重した対応に努めている。	
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	「温かいのと冷たいお茶どっちがいい？」など二者択一方法で、できる限り理解しやすい声かけに配慮して思いを聞いている		
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	体操の時間は決めて行っている レクリエーションは何が良いか聞いて行うようにしている		
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	季節にあった服を話しながら、好みの物を着ていただいている		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたい物をメニューに取り入れている 食事の配膳や食後の茶碗やランチマット拭きテーブル拭きは利用者さんがすすんで行ってくれる	できる利用者は手伝いながら、買物にも行き三食ホーム職員が手作りしている。基本の献立に柔軟性を持たせ、その日の食材に合わせた内容に変更するなど、工夫をしている。また、おやつ作りや誕生日の特別なお菓子の時間も楽しいひとときになっている。	
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	バランスのとれた食べやすい食事を提供している 水分を摂る必要性を話しつつ、毎食とおやつには必ずお茶を飲んでいただき、暑い時にはスポーツドリンクを飲んでいただいている		
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	口をきれいにする大事さを伝えながら、毎食事後に歯磨き・入れ歯の洗浄を行っていただき、夕食後は入れ歯洗浄剤につけ置きしている		

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	1人ひとりの排泄状態を知り、ご本人の様子を見ながら必要な方には誘導を行っている	排泄記録を参考に個々の排泄パターンを把握して、トイレでの排泄ができるよう声かけ、誘導を行っている。	
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	排便の確認を行い記録して排泄パターンをつかむようにしている 食事のバランスを考え、身体を動かす大切さを伝えつつ毎日時間を決めて体操を行っている		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日と時間は決めているが体調や希望などで臨機応変に対応している	デイサービスの大きな浴槽で、デイ利用者と交流しながら入浴を楽しんでいる。基本は週2回午前中となっているが、個々の体調や気持ちに配慮しホームの個浴を使うなど、回数や時間にとらわれない支援をしている。	
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	好みの電気の明るさに配慮し、直接エアコンの風などが当たらないように気を配りながら安眠できるように努めている		
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	主治医の指示に従い服薬管理を行っている 体調に異常があれば症状を報告して指示を受けている		
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	生活歴を知り、今までしてきたことや好きなことができるように、お手伝いをお願いしたり好きなテレビがあれば一緒に見るように誘ったりしている		
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	天候をみながら外に誘い一緒に散歩したり、食材の買出しや図書館に出かけている ご家族と墓参りに行かれる方や散歩や喫茶に行かれる方もいる	年間の行事予定では、桜、藤の花、菊の花を見るためのドライブが計画されるなど、季節を感じる外出を行っている。日常的には天気の良い日に近所を散歩したり、食材の買物にスーパーへ出かけている。家族との外出の機会も多く、自宅、外食、墓参り、床屋などに気軽に出かけている。	

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
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	ご本人の要望があれば一緒に買い物に行きお金を持ち支払いも行なっている方もいる		
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	希望があれば電話したり、手紙を出すのを手伝ったりしている		
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	温度差がないように配慮し、歩行器や車いすを使用しても楽に移動できる空間を確保している。 光の調整は利用者の要望で調整している	南向きの大きな窓から光が差し込む明るいリビングは、室温や光量を常に気遣いながら、利用者が快適に過ごせるよう配慮している。壁に飾られた手作りの作品や思い出の写真などで会話も弾み、季節が感じられる花が置かれるなど居心地のよい空間を作り出している。	
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	会話を楽しめる席になるように配慮し、その時の気分でソファや和室に腰掛け話を楽しんでいる方、歌を聞いている方がいる		
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	馴染みのある物を置いてくれるようにご家族にお願いしている	ゆったりとした居室にはベッド、ダンス、洗面台が備えられている。家具の持ち込みは自由で、それぞれ好みに応じた配置をしている。また家族の写真や好みの人形などを飾り、その人らしさを大切にした居室となるよう工夫をしている。	
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	部屋の入り口やトイレに表札をつけ、眼に留まるように工夫している		

(別紙4(2))

事業所名 そよ風ホーム

作成日: 平成 27 年 6 月 10 日

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	26	介護計画をチームで作る過程が見えにくい	計画に至った過程を記録に残す	利用者の担当を決め、担当者が主になり他職員に確認しつつモニタリングと計画内容を書面に記入し、介護計画作成担当者と話し合いケアプランを作成する	2ヶ月
2	35	災害時には近所の方々の協力が必要。特に夜間は職員が1人対応なので心配です。	近所の方々に災害時に手助け・協力をお願いする	運営推進委員会の場や近所の方々に災害時に手助けしてください・・・と声に出してお願いします	3ヶ月
3	35	地震などの災害対策として備蓄が必要	備蓄がある	災害時に備え、避難場所に紙パンツ、卓上ガスコンロ、カップめんなどの備品を置く	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。