

【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	富山県氷見市窪 2 0 7 3
自己評価作成日	平成31年2月20日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

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	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成31年3月13日	評価結果市町村受理日	平成31年4月2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）】

「できる力」を知り、続けていただくことで役割のある生活を送っていただきます。体操・歩行・レクリエーションを楽しく行うことで、認知症の進行を和らげ、日課とすることで日中はベッドより離れて過ごしていただき、昼夜逆転の予防・筋力低下の予防を目指しています。

【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）】

あきらめの介護ではなく、潜在的に持っている一人ひとりの能力をどのように引き出し、生活のなかで活かしていくかをホームの基本的な考え方として日々取り組んでいる。そして、入院後歩けなくなった利用者が歩けるようになった、排泄行為が自立に近づいたなど日常の状態が好転すること、介護の達成感や喜びとなって職員のモチベーションになっている。また、職員間のチームワークがよく管理者を中心になんでも話せる環境は、とても働きやすい環境になっており、勤務年数の長い職員が多い。経営者は地元出身であり、地元にある慣習・伝統行事などを把握されており、利用者が何を喜びとするかということの理解ができており、まだまだ地域との交流を深めてホームでの生活が地域密着になるようにと考えている。
--

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
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				

1 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、目に付くリビングに掲げ共有しています。	「自然と笑顔になれる家・ゆっくり・ゆったり・一人ひとりのリズムを大切に…」を理念として掲げ、誰もが目にするフロア等に掲示して共有を図っている。日々のケアで理念から逸脱する場面があった場合は、管理者が中心になって随時指摘し、理念に沿ったケアの実践に努めている。	
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	近所の理容店に協力していただき、ホームに来ていただいたり、職員がお連れしたりしています。近所の方より花の苗をいただき植え方を教わったり、山菜や野菜をいただいたりしています。	自治会に加入し、お祭りや草むしりなどに参加している。包括支援センターの依頼で「おしゃべりサロン」を開催し、介護相談を受けるなど地域の相談窓口となっている。地域ボランティアの慰問もあり地域交流が図られている。	十分な地域情報の把握や交流に至っていないことをホームとして認識されていることを踏まえて、広報誌等によるホームからの情報を積極的に地域に発信し、地域の理解を深めていく取組みに期待したい。
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	RUN伴に参加・氷見市認知症高齢者等地域生活支援ワーキンググループ会議に出席し認知症サポーター養成講座のお手伝いをしました。		
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	利用者さんの様子や取り組み・困っていることなどを話し、思いや意見を聞き役立てています。RUN伴についての説明・紹介をしました。	元婦人会長・民生委員・市直営の包括支援センター職員・家族代表が委員となり2ヶ月に1回開催されている。ホームの活動報告やヒヤリ・ハット報告等を行い、委員から助言等をいただきながら運営に反映させている。会議議事録は玄関先に提示し誰もが確認することができる。	家族全員に会議の開催や会議内容の報告などにより、参加の呼びかけやホーム運営の周知や理解につながると思われ、積極的な取組みに期待したい。
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	市と連携して認知症相談会を開催します。RUN伴に参加・氷見市認知症高齢者等地域生活支援ワーキンググループ会議に出席し認知症サポーター養成講座のお手伝いをしました。	運営推進会議の委員として市職員が参加しており、実状の理解や相談等に応じてもらうなど協力関係が築かれている。また、市主催の地域密着会議やワーキング会議、SOS訓練などに参加するなど相互に協力し合っている。介護相談員は年2～3回の訪問がある。	
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、しないことを原則としていますが、転倒の危険性が高い場合はフロアセンサーを使用しています。ご家族には状況を報告するようにしています。	「身体拘束廃止に関する基本方針」に基づき、可能な限り拘束をしないことを管理者中心に職員に徹底している。但し、2名のセンサーマットの使用があるが、使用目的として行動制限ではなく、本人の行きたい所への転倒予防介助としてプランに位置付けて家族の同意のもとに使用している。	より身体拘束の共通的理解を深めるために職員全体の研修会等の開催に期待したい。
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
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ます。		
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サービス内容を説明するとともに介護員ができること、できないことも説明して同意を得ています。		
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	ご本人の様子や職員の係りなどを書面でお知らせし、面会に来られた時には様子や気にかかることを報告することで、ご家族の考えを伺い反映するようにしています。	2ヶ月に1回書面で利用者さんの様子を家族に知らせ、面会時や電話等で要望・意見の把握に努めている。把握した情報は介護記録やホーム日誌等に記録し、必要に応じて検討して改善に向けている。	
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	申し送りの時や問題が発生したときに相談し、提案を反映させています。	運営に関する意見や提案が職員から提示されると、その場にいる職員で検討して改善に向けている。その結果は、ホーム日誌に記載し、全職員の周知を図っている。個別の相談は管理者が応じ、内容によっては統括管理者、施設長へ提言して改善している。意見・提案のしやすい環境であると職員の面談から聞き取る。	発生した課題等は迅速に対処されているが、ほとんどが口頭処理になっている。より安定した組織体制を整えるために記録を残すことも大切であり、その取り組みに期待したい。
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内容を把握して個々の努力や勤務状況を見るようにしています。資格手当を定めて職員の向上心を促しています。		
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ます。研修を受ける機会が持てるように配慮しています。		
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、他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
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、感じ取ったりしてご家族に相談しながら安心して生活できるようにしています。		
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	ご家族に思いを聞き、介護員ができることできないことを話し、対応の仕方を話し合うようにしています。 また協力していただきたいことがあればお願いしています。		
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	相談、面会時に、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ます。		
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ださる行為は危険がないか見守り、安全な方法で行っていただき、必ず感謝の気持ちを伝えるようにしています。 できることはお願いして助けていただいています。		
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、ご家族と一緒にご本人を支えるようにしています。		
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	ご家族一同と民宿に行ったり、墓参り・散歩にでかけたりされています。親戚の方が会いに来て部屋でゆっくりと話をされることもあります。 職員と近くのスーパーに出かけ買い物をしたり、理容店に出かけたりしています。	地元の朝日山公園や近くの海辺に出かけることは、利用者さんにとってなじみの場所であり、とても喜ばれている。また、併設デイサービスを利用する知人と会話を楽しんだり、馴染みのお店に買い物に行ったり、行きつけの床屋さんへ行くなどなじみの関係性が途切れない支援を行っている。	
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	穏やかに過ごせるように配慮し席替えをしています。 周りの方を気にかけて、手を差し伸べてくれたり車いすを押してくれたりする姿がよく見られます。		

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
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	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ます。		
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	日頃の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ます。	日頃の会話や言動、表情やしぐさなどから本人の思いや希望の把握に努め、本人らしい生活になるよう職員間で検討し支援している。把握した情報は介護記録やホーム日誌に記載し、アセスメントの見直しに活かしている。	
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	ご家族に伺ったり、ご本人の会話の中で知り得た情報を記録し、ご家族に確認していき把握するようにしています。		
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できることを続けていただくようにしています。		
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	ご本人やご家族には日ごろの係りの中で思いを知り、反映するようにしています。職員全員でモニタリングを行い、介護計画に活かしています。	職員が1～2名の利用者を担当して日頃の状態を把握し、計画作成者に情報提供してアセスメントの見直しが行われている。また、6ヶ月ごとに行われるモニタリングや担当者からの情報、本人の思いや要望の記録物等から現状に合った計画の見直しが行われている。状態の変化時は随時計画が見直され適切な計画になっている。	重複している記録を整理することでアセスメントの見直しや計画作成の手間の簡略に繋がると思われ、取組みに期待したい。
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情報を共有し、引継ぎや問題が起きた時には話し合い、介護計画に活かしています。		
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	ご家族の状況を知り、買い物の援助や受診介助など柔軟に対応しています。		

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
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	職員と近くのスーパーに出かけ買い物をしたり、理容店に出かけたりしています。 移動図書館を利用して、好きな本を探す楽しみ・読める楽しみが増えました。		
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	ご本人・ご家族が希望するかかりつけ医となっています。協力医は1か月に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ます。 主治医に状態を報告し、必要な時には通院介助も行っています。	入所時にかかりつけ医を自由に選ぶことができます。協力医の往診を受ける利用者の健康状態は日ごとに記録されており、月1回の往診時に情報提供され適切な医療に繋がっている。また他医療機関の受診には家族又は職員が同行し、状況に応じてメモ・口頭で情報提供を行い適切な医療が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	施設の看護師や協力医の看護師に状態を伝えて指示を仰ぎ受診に繋がっています。		
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。	受診に至った経過を書面にて報告、地域連携室に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ます。		
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「看取りはできない」ことを説明しています。重度化した場合はご家族と話し合い他施設を紹介し、申し込みの時にはADLなどの情報を提供しています。	入所時に基本的に看取りはできないことを口頭で伝え了解されている。現状では看取り体制を整えることは難しく、医療ニーズが高くなった時点で医師、家族と話し合い、次の適切な施設への移行の支援を行っている。	「看取り指針」に退所要件や同意が得られる書面の整備に期待したい。
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	電話の近くに救急マニュアルを貼り、すぐに連絡できるようにしてあります。		
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	マニュアルを作成して年2回利用者さんと一緒に避難訓練を行っています。地域の協力体制については運営推進委員会で協力をお願いしています。 近所の方にも協力をお願いしています。	年2回日中・夜間を想定して火災訓練が行われている。地域の協力を得るための声かけは行っているが協力体制の整備、地震・水害を想定した訓練は未実施でこれからの取組みになっている。	地域の防災訓練等に積極的参加し、いざというときの地域の協力が得られる働きかけに期待したい。また、災害備蓄品を整えることにも期待したい。

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	部屋に入る時は、用件を伝え、了解を得てから入るようにしています。	職員が施設外で無自覚に個人情報伝えていた事実が判明し、改めてプライバシーの尊重等について職員間で話し合い、再認識や理解に努めている。日頃は一人ひとりが尊重される声かけ、対応を職員全体で注意喚起しながら支援している。	職員全体が共有できる研修会等の実施に期待したい。	
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	「温かいのと冷たいのどっちがいい？」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ます。			
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し、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	体操は時間を決め日課としています。 レクリエーションは何が良いか聞いてから行うようにしています。			
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	季節に合った服を話しながら、好みの物を着ていただいています。			
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	山菜が採れる時期には調理の仕方を利用者さんに教わり、旬の山菜を味わうようにしています。 食事の配膳や食後の茶碗洗い・茶碗拭き、テーブル拭きは利用者さんが毎食協力してくださいます。	職員が利用者の好みを聴きながら献立を作り、必要な食材を利用者と一緒に買い物へ行き調理している。また、山菜の処理や梅干し作り、干し柿作りなど利用者の知恵やアドバイスをもらいながら手作りしている。その他、行事食や手作りおやつなどに利用者とともに作ること、食することの楽しみを味わっている。		
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	一人ひとりの状態を見て量の調整、刻み食にするなど食べやすく提供しています。水分をとる必要性を伝えつつ、毎食・おやつにはお茶を飲んでいただき、暑い日にはスポーツドリンクを飲んでいただいています。			
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	口をきれいにする必要性を伝えながら、毎食後に歯磨き・入れ歯洗浄を行っていただき、夕食後は入れ歯洗浄剤に浸け置きして清潔を保っています。 口腔内に異常があればご家族に報告し歯科医に受診介助を行っています。			

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
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	排尿・便の確認を行い記録することで排泄パターンをつかみ、時間を見てトイレ誘導し、失禁回数を減らすようにしています。	排泄チェック表により排泄パターンを確認し、可能な限り自立に向けた支援を行っている。排便コントロールを意識して、水分摂取、運動、ヨーグルト等を提供し、できるだけ自然排便へ向けた取り組みを行っている。	
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	排尿・便の確認を行い記録することで排泄パターンをつかむようにしています。水分(お茶)を摂る大切さを伝え飲んでいただき、体を動かす大切さを伝え毎日時間を決めて体操に参加していただいています。		
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	入浴予定の曜日と時間は決めています。体調や希望に応じて臨機応変に対応しています。	月～土曜日まで毎日入浴できる。基本的に週2回の入浴になっているが、希望や排泄の汚れがあるときなどはいつでも入浴できる。大きい風呂に入りたいとか身体状況によって椅子浴対応が必要な利用者は併設のデイサービスで入浴するなど柔軟に対応している。また、ゆず湯など季節感が味わえる工夫も凝らしている。	
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	好みの明るさに配慮し、エアコンの風が直接当たらないよう気を配り安眠できるようにしています。食後、ベッドで休まれる時はゆっくりと寝ていただき時間を見てリビングに誘うことで夜間の良眠と昼夜逆転の予防をしています。		
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	往診時には体調や薬の残りなど報告して主治医の指示に従い服薬管理をしています。薬が変わった場合は次回の往診日に服薬後の状態を報告するようにしています。		
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、今までしてい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ます。		
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	ご家族の協力で民宿に行ったり、墓参り・散歩・祭りに出かける方もいらっしゃいます。職員と一緒にドライブや買い物に出かけることもあります。	特別に年次計画は立てていないが、天気が良ければ全員でドライブに出かける。花見、紅葉、海辺のドライブなどを楽しみ、帰りに飲食店に立ち寄り、お茶やお菓子を楽しんだりしている。また、ホーム周辺は静かな田畑のある住宅地で、お天気の良い日は連れだってゆっくり散歩や買い物を楽しんでいる。	

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
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	要望があれば一緒に買い物に出かけ、財布を持ち職員の手助けで支払いをしている方もいらっしゃいます。		
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ます。		
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	毎年、胡蝶蘭が咲き、窓辺の光に照らされています。四季を感じるように季節感のある手作りの壁飾りを飾るようにしています。落ち着いた過ごせる席になるよう配慮し、歩行器や車椅子でも楽に移動できる空間を確保しています。光の調整は利用者さんの要望で調整しています。	台所に面した共有フロアは、一面ガラスの引き戸からたっぷり光が注ぎ、とても明るい環境である。開所当初に贈られた胡蝶蘭が毎年花を咲かせ、利用者の居心地を一層和やかな雰囲気演出している。廊下には絵画が飾られ、適所に椅子が配置されて、ゆったり過ごせる環境である。フロアに面している台所は、掃除、整理整頓が行き届き清潔感あふれる台所が印象的であった。	
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	周りの方が気にかけて手を差し伸べてくれたり、会話を楽しめる席になるよう配慮しています。その時の気分で和室に腰掛けて過ごしている方もいらっしゃいます。		
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	自宅で使っていた座り慣れた椅子やテーブルを置いている方・部屋にテレビを置いている方・孫の写真・亡くなられたご主人・姉妹の写真を置くなどご本人・ご家族と話し合い工夫しています。	居室にはベッド・エアコン・整理ダンス・洗面所が設置され、その他自宅から持ち込んだテレビ、イス、洋服かけなど思い思いの私物でレイアウトされ、個別が尊重された居室であった。壁面には手作り作品を飾ったり、家族の写真立てが置かれているなどほんのりする空間が工夫されていた。	
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	部屋の入口やトイレに手作りの表札をつけ、わかりやすいように工夫しています。		

2 目標達成計画

事業所名 そよ風ホーム

作成日：平成31年 3月 28日

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	6・36	研修不足が原因で職員の認識の低さがあった。	全職員が共通の知識を得ることで、より良いサービスを提供できる。	研修計画を立て、職員研修を実施して職員のレベルアップを図ります。	12ヶ月
2	2	ホームを知らない地域の方が多く、地域の方との交流が少ない現状があります。	地域の方に、ホームの活動を知っていただけるようにします。	広報誌を作成して、ボランティアによる歌謡ショーなどのイベントのお知らせをして、施設に出向いていただけるように働きかけます。	12ヶ月
3	33	重度化・看取りができない理由を入所時に口頭で伝えてご理解いただいているだけで同意書をいただいていませんでした。また看取り指針の内容が分かりにくい内容のため見直しが必要です。	退所要件を明確にし同意を得ます。	重度化・看取り指針をわかりやすい内容に作成し直し、入所時に説明を行い理解を得て、同意書をいただきます。	4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。