

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	1173100429		
法人名	株式会社SOYOKAZE		
事業所名	熊谷ケアセンター そよ風		
所在地	埼玉県熊谷市中央5-5-16		
自己評価作成日	令和5年3月11日	評価結果市町村受理日	令和5年5月18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.kai.gokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和5年4月10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)】

・デイサービスでのボランティアの方々による歌会(大正琴、ハーモニカなど)、踊り(日本舞踊、フラダンスなど)を見ていただいたり、季節ごとの行事や外出、外食会、おやつ作りを計画して参加していただくことにより、張りのある生活が送れるよう支援している。
 ・厨房が併設されているため、自社の厨房職員に協力していただき、嚙下機能が低下したり、食事制限があっても美味しく召し上がれるよう工夫している。また、定期的に美食祭りやバイキング形式の食事も提供され、利用者の楽しみになっている。
 ・利用者との信頼関係はもちろん、職員間の信頼関係も大切にし、報告や相談、情報共有しやすい環境を作り、利用者へのより良い支援に繋げている。

【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)】

・利用者1人ひとりに今大切なことは何か、そしてその実現のために、今職員が取り組むべきことは何かを話し合い、笑顔で生活を送っていただけるように努めると共に、「弱い人や出来ない人を見ている」との勘違いに注意を払い、各人の尊厳とプライバシーを守った支援がなされている。
 ・運営推進会議は、事業所や利用者個々の状況を詳細に書面にまとめて会議のメンバーに届け、意見等を伺い運営に活かされているが、今後、状況により対面での開催が考えられている。
 ・目標達成計画は、夜間想定連絡網を使った訓練を含む種々の訓練が隣接のデイサービスと共に年2回実施されると共に訓練後の話し合いも行われ、反省点があれば防災対策の修正が行われていることから、目標達成への取り組みが伺える。

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、安心して暮らさせている (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	全職員が理念を基に支援できるよう日々心がけ、実施している。 また、理念に対して意識を持つよう、目につく場所(玄関、事務所など)に掲示している。	利用者1人ひとりに今大切なことは何か、そしてその実現のために、今職員が取り組むべきことは何かを話し合い、各人に適した自立を目指し、笑顔で生活を送っていただくための支援が行われている。	
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	センターとして地域のボランティアや学生の体験学習などを受け入れ交流を図っている。 外出の際、その方の馴染みの場所など思い出す事で、地域の一員として変わらず生活していることを実感していただいている。(新型コロナウイルスの影響で難しい点もあり。)	ボランティアの来訪や中学生の職場体験などが中止となる中、散歩や車での花見などが行われ、外の空気を感じていただいております。感染の終息を見据えて地域との交流の再開や強化が検討されている。	コロナ禍で外出が制限されている間にも高齢化は進んでいます。今後の地域との交流の再開や強化について、高齢者の地域との付き合いの有り方も含めた検討が期待されます。
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	近所の方が来所されることもあり、急な見学にも真摯に対応している。 電話による地域の方々からの相談、問い合わせに対してもアドバイスをを行うなど、丁寧な対応を心がけている。		
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	会議の中で毎回活動報告を行っている。 会議に直接参加できない家族にも会議議事録を送り、面会の際に交流を図り、その都度ご意見をいただくようにし、サービス向上に活かしている。今年度は電話や書面でのやりとりになっている。	対面での開催が困難となり、運営方針から利用者個々の状況まで書面にまとめ、会議のメンバーに届けて意見等を伺い、運営に活かされているが、今後、状況に応じて、対面での開催が考えられている。	
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	大里広域市町村圏組合の方や地域包括支援センターの方などに運営状況を伝えている。また、空室状況も伝え、連携をとっています。今期から市役所の方もやり取りをしている。	介護保険関係は大里広域圏組合に、感染状況や予防の報告は市に行われ、各種の情報の共有も図られている。併せて運営推進会議の報告に対する感想や地域の認知症拠点としてのアドバイスを頂いている。	
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	3か月に一度、身体拘束、虐待チェックシートを用いて現状確認を行なっている。 センターとしても研修を行ない、「身体拘束ゼロ」に努めている。	3カ月毎に身体拘束廃止委員会が開催され、チェックシートでの振り返りと研修が行われ、点滴針を抜いてしまう背景を考えたり、2人での排泄介助にすることで、身体拘束を必要としないケアが行われている。	
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	身体拘束と同様、3か月に一度確認を行っている。 また、「虐待の芽」についても意識し、明らかな虐待にあたらぬとしても、注意すべきことは見逃さないよう努めている。		

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	現在、成年後見制度を利用している方は2名いらっしゃるが、他のご家族様同様に入居者様の状態を毎月詳しく報告している。		
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	契約などに関して、ただ読み上げるだけでなく、分かりやすい説明を心がけている。時間を掛け、途中で不安や疑問点を尋ねながら行なっている。		
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	気兼ねなく意見や提案を言える関係を築き、家族とは来所時だけでなく電話でも交流を図り、対応している。それらを運営に反映できるよう職員間で情報の共有を図っている。	利用者とは日々の関りを通じて、家族とは面会の折や電話にて意見や要望を汲み取られている。家族に会いたいとの要望が多く、リモート面会を試みられたが、なじみが薄く、現在は制限付の面会が行われている。	
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	その都度、意見や提案を聞くよう心掛け、実施に向けては他の職員の意見も取り入れるようにしている。毎月の業務改善会議でも、支援方法や業務の見直しを図れるよう意見を聞いている。	毎月の業務改善会議の議題を職員から出してもらうことで、職員に自力で考える習慣を持ってもらい、ケアのあり方やコロナ感染防止策等のアイデアについても全員で考え、運営に活かされている。	
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	職員それぞれの働きやすい労働条件について希望を聞き、シフトを組むようにしている。不安や疑問については随時面談できるよう対応している。		
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	毎月センター内研修を行ない、研修報告書を提出してもらう事で、きちんと理解できたか把握している。社内・社外研修にも意欲的に参加し、成長していけるような仕組みを作っている。		
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	社内での意見交換会や研修を通じて情報の共有や相互理解を深めている。また、他の施設の取り組みを参考にすることでサービスの質の向上に活かされている。		

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	サービスを導入する前に必ず本人とお会いして、心身の状態だけでなく想いや要望も伺い、本人に安心して入居していただけるような関係づくりに努めている。		
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	相談があった段階で家族からゆっくりお話を伺い、理解を深めることに努めている。現在に至るまでの過程についても聞き取り、センターとしてどのような支援が出来るか話し合いを行なっている。		
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	相談時の状況に応じて可能な限りの支援対応を行なっている。必要であれば、地域包括支援センターや他のサービス等につなげる対応を行なっている。		
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	全て職員がしてしまうのではなく、その方に出る事を見極めて、家事仕事などを一緒に行なうようにしている。家族に代わる事はできなくとも、なんでも職員に遠慮なく言えるような関係を築くよう努めている。		
19		○本人と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	本人の様子や出来事を、毎月のご利用状況だけでなく電話連絡や面会時にも細かく伝えるようにし、家族とも信頼関係を築いている。家族と本人のお互いに対する想いも大切に、それを理解するよう努めている。		
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	家族との連携を図り、本人が大切にしてきた物を尊重している。いつでも面会に来ていただけるような環境を作り、関係性の維持に努めている。	馴染みの方の来訪はコロナ禍と高齢化により少なくなっているが、制限はあるものの面会の環境を整えたり、散歩途上で馴染みの場所に立ち寄りたり、花見などが行われ、馴染みの関係の継続に努められている。	
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	利用者同士の関係が良好なものになるように、職員が調整役となり支援している。皆で参加できるようなレクリエーションや行事、フードセラーなどで共同作業に取り組むことにより、楽しみを共有していただいている。		

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
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	サービス終了後も必要に応じて相談等支援を行なっている。 他サービスを利用する場合は情報提供を行っており、その後の連携を図れるようにしている。		
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	日々の関わりの中でゆっくりお話を伺う時間を取り、思いや意向の把握に努めている。 また、意思疎通が困難な方に対しては表情や動作などからくみ取ったり、家族から情報を収集し、意向の把握に努めている。	初めから意思疎通が困難な方と決め付けることなく、会話が繋がらなくても日々辛抱強く会話を継続したり、歌の好きな方には一緒に歌うなどで思いを汲み取り、実現へ向けて検討がなされている。	
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	本人、家族から生活歴を伺っている。 実調にて詳しく聞き取ったり、それまでのサービス利用の様子については担当ケアマネジャーよりお話を伺ったりしている。		
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	一人ひとりの生活リズムだけでなく、日々変化する心身状態なども職員間で情報を共有し、把握するよう努めている。		
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	本人、家族の思いや意向を出来る限り反映させ、より良く暮らせるよう介護計画を作成している。 課題についても話し合い、その都度見直している。	管理者と計画作成担当者のモニタリングを基に、ケア会議で本人・家族の要望や職員の意見も反映させ、利用者1人ひとりの大切なことは何かを明確にした介護計画が作成されている。	
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	個別のファイルを作成し、食事・水分摂取量、排泄状況、日々の様子や状態変化を記録し、職員間で情報の共有を図っている。 ファイルをもとに介護計画の見直しや評価を行なっている。		
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	本人、家族の状況に応じて、通院や受診のための送迎など、必要な支援は柔軟に対応している。 その他のニーズにも出来る限り対応できるようその都度検討している。		

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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員に参加していただき、意見交換を行ない、関係性を大切にしている。		
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	協力医療機関による月2回の往診以外に、本人や家族が希望するかかりつけ医への受診時にも様子をお伝えしている。家族、医療機関との連携を密に取り、必要時に適切な治療が受けられるように支援している。	かかりつけ医は往診のある協力医療機関を選ばれる利用者が多いが、専門医は協力医からの紹介により職員による受診支援が行われ、診療内容は「受診・往診簿」に記録され全職員に共有されている。	
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	併設のデイサービスの看護職員と連携を図り、その都度相談し、対応している。往診内容について情報を共有している。		
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。	入院時に必要範囲内の情報を医療機関に提供している。 入院中は定期的にお見舞いに伺うよう心掛け、退院時の受け入れの際は家族、病院関係者と情報を交換しながら速やかな支援につなげるよう努めている。		
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、事業所の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	本人や家族の意向を踏まえ、家族や医師と連携を図りながらその都度話し合い、可能な限りのケアを提供できるよう努めている。	重度化の折は家族との話し合いを重ね、医師の指示と協力を得て適切な選択をしていただけに支援をされている。今年度は、末期癌の方を含む3件の看取りが行われた。また、デスクカンファレンスにより職員のメンタルケアも行われている。	
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	緊急時の対応についての研修を実施している。 夜間の連絡体制も決めており、状況に合わせて対応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	日中、夜間、火災や地震の場合など様々な状況を想定し、いかなる場合も適切な対応がとれるよう、センターとして定期的に防災訓練を行なっている。	夜間想定連絡網を使った訓練を含む種々の訓練が、隣接のデイサービスと共に年2回実施されている。また、訓練後の話し合いも行われ、反省点があれば防災対策の修正が行われている。	種々の災害を想定した訓練が行われ、訓練後の反省も行われていますが、災害時は予期せぬことも生じかねません。確実な避難行動のため、訓練の継続が期待されます。

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
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	支援の際には本人の気持ちを大切に、声かけや尊厳に配慮したケアに努めている。利用者を年長者として敬い、一人ひとり大切な人であることを念頭に置き支援している。	「弱い人や出来ない人を看ている」との勘違いに注意を払い、他人に知られたくないことには知られないように配慮がなされ、言葉使いも含めて、利用者の尊厳とプライバシーを守った支援がなされている。	
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	本人に合わせた自己決定(飲み物・食事のセレクトなど)の場面づくりを行ない、自己決定しやすい声掛けを行なうようにしている。日々、ゆっくりとお話を伺う時間を設け、思いや希望を話しやすいよう配慮している。		
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	基本的な1日の流れは決まっているが、その人のペースや希望、体調を重視し、柔軟に対応している。		
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	定期的に訪問理美容を受けており、本人の希望を聞いている。白髪染めは市販の物を購入し、職員が介助している。着るものは基本的には家族が用意し、本人の好みに合わせて身支度できるよう支援している。		
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	基本的な食事は厨房職員が作るが、その他におやつ作りを計画し、自分たちで作って食べる喜びも味わっていただけるよう支援している。その方の得意なことを活かし、役割が持てるよう配慮している。	厨房職員により作られた手作りの惣菜とユニットで作られたご飯と汁物が提供され、特別食の日やおやつ作り、各種のテイクアウトなども取り入れ、外食ができない中でも多様性のある食事を楽しまれている。	
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・水分摂取量を毎日記録し、職員間で共有している。摂取量の少ない方には嗜好品や補助食など、その方が摂取しやすい方法で提供している。		
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	毎食後、その方に合わせて口腔ケアの声掛け、見守り、介助を行なっている。必要に応じて口腔ケア用ウェットティッシュなど活用している。歯科受診が困難な方には訪問歯科の利用を勧めている。		

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	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄リズムの把握に努めている。 誘導時にはさりげない声掛けを心掛け、身体状況に応じた支援を行なっている。	排泄チェック表に基いた声掛け・誘導により、トイレでの排泄を原則とした支援が行われている。コロナ禍で身体機能が低下し、トイレ排泄が困難となった方には、2人での支援が行われ、ADLが向上した方もおられる。	
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	こまめな水分補給と、腸の動きが活発になるよう朝食にはヨーグルトを提供し、希望者にはヤクルトを飲んでいただく。便秘にならないよう主治医の指示のもと、下剤の服用・調整の対応も行なっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	概ね入浴時間は決まっているが、利用者の希望に合わせた対応も行なっている。 身体状態に合わせてデイサービスの機械浴の利用も検討し、安全な入浴に配慮している。	個浴で週2回の入浴を基本とされているが、月～土は毎日風呂があり、随時入浴も可能である。拒否者に対しては、拒否の理由が分かれば拒否の度合いも減るとの考えで支援し、入浴を楽しんでいただいている。	
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	生活にメリハリをつけ、夜間よく眠れるよう支援している。 体調に合わせ、昼寝などが必要な方は休息がとれるよう対応している。		
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	一人ひとりの内服薬の状況が分かる表を活用し、変更があった場合でも情報が共有できるように努めている。 処方箋については個人ファイルにとじてあり、いつでも閲覧できるようになっている。		
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	生活歴や趣味に応じて楽しみが持てるよう支援している。 役割については、洗濯物たたみや食器拭きなど、その方の能力を活かせるよう見極め、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	新型コロナウイルスの影響で外出イベントがほとんどが中止になってしまったが、中庭を綺麗にし外の空気を気軽に感じられる様にした。気分転換になるよう支援している。 気候によっては中庭でお茶会をしたりと、外気浴をしている	コロナ禍で、多くのイベントや企画型の外出が中止となる中、ベランダでのお茶会や花壇での花作り、近隣の散歩や季節の花見などが行われることで外気に触れ、英気を養っていただくための機会を持たれている。	

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	買い物に出掛けた際、その人の能力に合わせて、本人が支払が出来るような支援も行っている。		
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	本人の希望に応じて、手紙を出したり、事務所の電話を使用して電話をかけたりにできるような支援している。		
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	共有の空間に対しても居心地の良い環境づくりを心掛けている。 明るすぎず、暗くないよう明かりを調節し、季節の花やその時期にちなんだ掲示物を飾る事で、生活の場として安心できるよう配慮している。	塗り絵や書道などの利用者の作品が飾られた共用空間は、安心して過ごしていただけるように、利用者同士の席にも相性が考慮され、会話を楽しんだり、テレビを観たり、本を読んだり、思いおもいに過ごしていただける空間となっている。	
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	リビングには2~3人掛けのソファを3台向かい合わせに置き、ダイニングにはテーブルと個々の椅子が配置され、その時の気分に合わせて一人でも皆とでも過ごせるよう工夫されている。		
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	本人や家族にも協力していただき、慣れ親しんだものや思い出の物を配置し、自宅と同じように居心地良く過ごしていただけるよう配慮している。	手編みの人形や位牌、家族の写真、日用品等の思い出の品を自由に持ち込んでいただき、自分の住処として各人の生活スタイルを継続していただける部屋が作られている。また、和室対応の居室も設けられている。	
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	一人ひとりの状態に合わせて、安全で分かりやすい環境づくりに努めている。 個人の使用している福祉用具等についても業者を交えて相談し、状態に合ったものを使用していただくようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名: 熊谷ケアセンターそよ風

目標達成計画

作成日: 令和 5年 5月 15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	2	コロナ禍前より、地域との関わりについては、近隣の学校との職業体験の受け入れによる対応の関わりのみとなっていた。	運営推進会議の対面での実施。 民生委員、自治会長の方への参加の呼びかけを行う。地域でのグループホームという介護施設についての認知をしていただく。	①民生委員、自治会長の把握を行う。 ②把握を行った中で連絡を取り、関係性を深め、運営推進会議の参加の打診を行う。	6ヶ月
2					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。