

2020年度

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	1495400499	事業の開始年月日	平成29年7月1日
		指定年月日	平成29年7月1日
法人名	株式会社 日本ライフケア		
事業所名	「結」ケアセンターいくた		
所在地	(214-0036) 神奈川県川崎市多摩区南生田1-31-7		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和2年9月28日	評価結果 市町村受理日	令和3年3月1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で閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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)】

閑静な住宅地にあり、長年この地域で暮らしている方々が多く、その中に当施設が三年前に開設されました。当初より併設されている地域連携室を開放しており今では、地域のボランティアが運営している地域カフェや様々な教室やサークル活動に活用されています。ご利用者様にも参加して頂き住み慣れた地域との交流を続けていけるようにしています。地域密着型サービスに則した施設運営が出来ていることがアピールしている点です。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年11月19日	評価機関 評価決定日	令和3年2月16日

【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)】

事業所は、小田急線「百合ヶ丘」駅からバスで「原店前」下車、徒歩9分の小高い丘の住宅街にあります。小田急線「読売ランド前」駅から徒歩16分程です。敷地内は棟続きで、同一法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所と地域連携室「いくたの丘」があります。

<優れている点>

法人経営理念の「結(むすぶ)」をモットーに、利用者の自立心を尊重し、コミュニケーションとチームケアを大切にする支援を行い、利用者・家族・職員の信頼関係づくりを重視しています。地域連携室は、施設を地域に無料で開放し、各種教室・ママ友会・地域カフェ・自治会・老人会・子ども会・学生のサークル会など多世代が使用しています。利用者も参加し楽しみながら交流しています。これにより事業所は地域に根差した運営を行うと共に、利用者は事業所に入居後も地域と関係性を持って暮らしを続けることが出来ています。職員間のフォローアップが良く出来ており、職員が資格取得などの研修に参加し易い環境が整っています。

<工夫点>

タブレット端末を使用したシステムを導入し、利用者の健康データ、食事・排泄・服薬などの生活状況の情報を入力しています。1ヶ月間の情報を端末1画面に表示し変化を読み取ることができます。申し送り内容も入力しています。これにより情報をタイムリーに共有し、ケアや介護計画作成に活用しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	「結」ケアセンターいくた
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、生き活きと働いている。 (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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	法人の理念を掲げると共に、当事業所の目指すべき目標をスタッフ全員で決めて掲示している。	法人経営理念の「結」をモットーに、利用者の自立心を尊重し、コミュニケーションとチームケアを大切に支援しています。利用者・家族・職員の信頼関係づくりを重視しています。毎日笑顔がある事業所を目標にしています。	
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。	併設されている”地域連携室”を地域の皆様に活動の場として提供しており、地域の一員としての役割を果たせるように取り組んでいる。	併設の地域連携室を各種教室やママ友会・地域カフェ・自治会・老人会・子ども会など多世代が多様に使用しています。利用者も様々なイベントに参加し楽しみながら交流しています。地域連携室の活用が事業所と地域の関係づくりにも活かされています。	
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。	地域の方に運営推進会議に参加していただき、認知症の理解を深めている。月2回の地域カフェを開き、地域の方々に気軽に来ていただく関係性を築くようにしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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、活動報告などで事業所の現状を知っていただき、情報交換を行いサービス向上に努めている。	メンバーは自治会役員、民生委員、カフェボランティア、地域包括支援センター職員、地域連携室職員、利用者、利用者家族で年6回開催しています。事業所の利用者の状況、行事、職員研修実施などの運営状況を説明しています。	
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。	川崎市主催の研修も参加している。包括の方に運営推進会議に定期的に出向いていただき、協力関係を築いている。生活保護者を受け入れることで行政との連携を行っている。	地域連携室を活用し、市と連携をしています。運営推進会議メンバーの地域包括支援センターと協力関係を築き、コミュニケーションを図っています。介護認定担当者と生活保護担当者も事業所を訪問し、事業所の実情を理解して連携しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束に関するマニュアルを作成して理解と共有を図っている。「身体拘束ゼロの取り組み」を見える所に掲示している。身体拘束適正化委員会を2カ月に1回開催、運営推進会議の場で報告を行っている。	身体拘束廃止取り組みに向けた体制ができています。身体拘束適正化検討委員会を2ヶ月に1回開催し、運営推進会議を通じて運営内容の透明性を図っています。全ての職員に対して「自己チェックアンケート」を実施して、身体拘束しないケアについての意識付けを行っています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	高齢者虐待防止法に基づいたマニュアルを作成し、定期的に研修を行っている。		
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。	現在、成年後見人の支援を受けられている方が3名 成年後見人制度や日常生活自立支援事業について学んでいる。		
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。	契約書、重要事項説明書に基づいて十分な説明を行い、十分に理解・納得していただけるように努めている。		
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並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。	ご家族様からは面会や電話時に、意見や要望をお聞きしている。利用者様からは日頃の会話の中から意向や要望を聞くようにしている。	毎月便りを出して家族との関係づくりをしています。面談室を設けて話をして貰う環境も整えています。管理者は家族の来訪時や電話の際に意見や要望を聞いています。日頃のケアの中で利用者の要望を汲み取り、申送りなどで共有をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	スタックのミーティング以外でも日常的に発言しやすい環境を作り、意見や提案を出し合っている。	職員ミーティングにおいて意見や提案を聞く機会を設けています。管理者は職員一人ひとりへ「困ったことや心配なことはないか」と声をかけ、会話の中で意見を聞き、その場で答えるようにしています。半年に1回個人面談の機会も設けています。	
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。	労働基準法に則した労働条件を整えている。 実績や資格所得などにより昇給の仕組みがあり希望に沿った勤務が出来るようになっている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	外部での研修や社内での研修へ参加できるようにし、スキルアップとなるように図っている。		
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つくり、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組みをしている。	外部での研修に参加することで同業者と交流する機会が出来、ともに真名浴びあうことでサービスの質の向上へとつないでいる。 資格所得支援が整備されておりやりがいを持って働くことが出来ている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談や見学時、困っていることや不安や要望を伺い納得がいくように説明している。 ご本人にも見学して頂き、また自宅訪問を行いご本人の思いを受け止めるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前の相談、施設への見学を通し不安や要望を伺い、丁寧な対応と説明をすることで安心して信頼していただける関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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・見学時に生活面・健康面・経済面などの状況を把握し本人に適したサービスが出来るよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	スタッフと一緒に食事の準備や洗濯物干し、たたんでもらうなど、生活の中でなじんできたことや得意なことを活かし、暮らしを共にする関係を大切にしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	機会がある度に近況報告を行い、本人の現状を知っていただき、家族として精神面で支えていただけるようにしている。		
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。	家族と気兼ねなく居室で過ごせるようにしている。 なじみの人とのつながりが途切れる事のないように知人とふれあう機会。 なじみの場所へ出かける支援をしている。	今までの生活の関係性を継続することを大切に支援しています。馴染みの店に買い物へ行くことや自宅へ行くことを友人などの協力を得て支援しています。地域連携室で開催する「地域カフェ」に利用者が自分の知人を呼び歓談をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士の性格や、お互いの共通性を把握し、気の合う同士の交流やトラブルにならない様に席を工夫したり、全員が活動に参加する事で共同生活が円滑になるように支援している。		
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。	退去時に、何か困り事があたら相談していただけるようにお伝えしている。		
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。	意向や希望は面談で伺っている。日頃の会話の中から思いを引き出し困難な場合は表情から読み取りケアに活かしている。	職員は利用者との会話において、家族の名前を出して話をするように心掛けています。これにより利用者信頼関係づくりを行い、利用者の思いや意向を引き出しています。把握した思いなどについては、申し送りやミーティングで共有して支援に活かしています。	
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。	入居時にご家族様からの聞き取りやアセスメントシートへの記入をお願いしている。サービス利用の経過についてはケアマネから情報をいただいている。		
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。	日頃の生活の様子や過ごし方を把握し、スタッフ間で情報共有を行っている。バイタル・食事・水分量・排尿・排便のチェック、体温測定等健康状態の把握にも努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ご本人やご家族の意見を取り入れて、医療とも連携をしカンファレンスを行ってサービス計画を作成している。	サービス計画は利用者・家族の希望と医療関係者の意見を踏まえて、計画作成担当者、管理者、職員が出席するカンファレンスで作成しています。日頃の介護に関わる職員がタブレット端末に入力する利用者状況の情報も効果的に活用しています。	
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。	ケアプランに則したケアの実践状況や日々の様子から気づきを記録しケアプランの評価・見直しに活かしている。		
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。	ご利用者やご家族の状況に応じ、生活用品の補充や病院受診の付き添いをしている。		
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。	地域連携室で行われている様々な活動に参加させていただいている。 町内会の清掃活動に参加している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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回の往診・週1回の看護師との医療連携や歯科受診、また24時間体制で医療が受けられるようにしている。 定期的な専門医への外部受診支援も行っている。	提携した医療機関での月2回の医師の往診は、看護師と職員が付き添って支援しています。終了時に薬剤師も交えてカンファレンスを行っています。緊急時は24時間医療を受けられます。訪問歯科は週1回で、嚥下状態の評価も行っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	看護師と医療連携体制をとり週1回の訪問では日常の様子、変化等を報告し相談を行っている。また24時間体制でも相談し、指示を受けられるよう連携している。		
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、また、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。又は、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。	入院時には適切な医療が受けられるように情報提供に努めている。入院中は病院関係者から状況や経過を聞き取り情報を共有する事で退院後のケアに努めている。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に重度化した場合の対応について明示し、ご本人・ご家族の意向を伺っている。終末期の個別の支援については、本人の状況変化に応じその都度話し合いを持ち支援につなげている。	契約時に、重度化や終末期の対応について説明し、家族の意向を聞いています。終末期は医師が説明し、家族の同意を得ています。変化に応じ介護計画を作り直し家族や職員、看護師と思いを共有しています。終末期には家族が居室で一緒に過ごすことも可能です。	
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。	緊急時マニュアル・事故防止対応マニュアルに沿って対応できるようにしている。医療との緊急時の24時間態勢をとっている。		
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。	災害時に迅速に行動がとれるように定期的に避難訓練を行っている。非常用品を3日分備蓄している。	2月に消防の総合訓練、6月に通報訓練を行っています。地域の協力で、一時避難先として近隣の駐車場スペースを利用しています。災害に備えて水や食料・日用品を3日間分備蓄しています。備蓄品は定期的に期限と内容を点検しています。	地域の協力を得た消防避難訓練を実施することが期待されます。また、災害時の備えとして、水・食料など以外にも備蓄品を充実させることや停電にも備えることが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	ご利用者の権利・人権を意識して目上の方と敬い、適した言葉かけや接し方での対応を心掛けている。	職員は利用者を人生の先輩として敬い言葉かけや対応をしています。言葉で表せない利用者には、表情や身振りで汲み取るようにしています。職員はソフトな言葉で丁寧に言葉を伝えるようにしてスピーチロックにならないように気を付けて支援しています。	
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。	ご本人に理解できるようにゆっくり説明し、利用者が思いを表現できる・自己決定ができる環境づくりに努めている。 表現が困難な方には言動や表情からくみ取り代弁している。		
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。	一人ひとりの生活リズムや趣味を理解し、居心地よく生活できるようにしている。 レクや行事への参加は個人の意思を尊重している。		
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。	ご利用者の好み、これまでの習慣を尊重しながら、季節や場所に応じた衣類のアドバイスや訪問美容を利用して好みの髪型に整えている。		
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。	能力に応じて食事の準備や片付け等、手伝えることは無理のない程度に手伝っていただいている。 食事形態は個々に合わせて提供している。 塩分制限・糖尿病の方にもそれぞれ対応している。	食事前にビデオを活用し職員も一緒に声を出し口腔体操を支援しています。朝食は自前調理をし、昼と夕食の献立は業務委託で出来立ての料理を提供しています。日曜の朝は希望によりパンも注文できます。刻み食の利用者は職員が手を加えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事や水分量は生活記録に残して把握し適切な支援を行っている。 健康面で問題が発生した場合は医師と連携し指示を仰いでいる。		
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に、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。	朝食後口腔ケアを行い、自立度に合わせて対応している。 毎日口腔ケアセットの消毒、義歯の消毒を行っている。 定期的に訪問歯科から口腔ケアにおけるアドバイスや指導を受けるようにしている。		
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向けた支援を行っている。	生活記録をもとに個々に合わせたタイミングでの声掛けや、トイレ誘導を行い、トイレでの排泄が出来るようにしている。	立位を取れる利用者が多いので、自分でできるところまでは自分で行えるよう支援をしています。利用者個々の状態に合わせてタイミングを逃さずに声かけやトイレ誘導を行っています。排泄記録はタブレット端末に入力して職員で共有しています。	
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。	定期的におやつにヨーグルトを提供している。 生活記録から排便の有無を確認し水分摂取の工夫や体操など身体を動かす機会を作っている。 医師と連携し必要な方には下剤与薬も支援している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日・時間は決めておらず、希望を伺いながらタイミングに合わせて個々に応じて支援している。 季節に応じ冷暖房を使用して温度差を無くし体調変化に気を付けている。 福祉用具（入浴用椅子）を使用し、立ち上がりの自立に繋げている。	当日利用者の希望を聞き入浴を決めています。入浴は利用者とのコミュニケーションの場として信頼関係に努めながら支援しています。入浴剤を入れたり、季節の菖蒲湯や柚子湯を楽しめるよう工夫しています。車椅子の人はシャワーチェアを使用しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の生活リズムを尊重し、その時の状況に応じ居室やソファで休息がとれるようにしている。 日々の活動から夜間の安眠が整うように支援している。 居室の温度や照明に配慮している。		
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。	一人ひとりの病歴や内服薬の用法・副作用について理解し、セット・配薬・確認とチェックを行い誤薬・飲み忘れの無いように注意している。 薬の説明書をタブレットからすぐに確認できるようにしている		
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。	個々の得意なことを活かし、園芸や洗濯干し、料理の手伝いなど役割を持っていただいている。 外出やヨガ教室、地域カフェ、体操などに参加していただいている。		
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。また、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。	散歩や買い物、外食支援、地域の催しへの参加等で機会を設けている。 知人との外食や自宅への外泊の支援を行っている。	事業所の周りは坂が多く、車の往来も多いので散歩は難しい環境です。広いベランダで外気浴や日向ぼっこをしたり、玄関前で花を眺めて楽しめるよう支援しています。少人数のドライブをしたり、地域連携室で地域カフェに参加し地域の人と交流をしています。	
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。	ご家族の了承のもと、基本的にグループホームで管理しているが、個々の能力や希望に応じて所持していただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は自由に使えるようにし求めに応じて対応している。 携帯電話をお持ちの方もいる。 手紙のやり取りもできるように支援している。 テレビ電話の活用も行っている。		
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。	季節に合わせた飾りなどを掲示し、花なども活かしている。 リビングの照明や採光の調整、また温度計を確認し快適な温度・湿度が保てるようにしている。	常時室内の温度と湿度に気をつけ、特に冬は乾燥に気をつけています。室内の床は白色で清掃も行き届き、施設内全体に清潔感があり快適です。飾り物は、書画や風景画など品格のある物を掲示し、利用者の心が落ち着くように配慮しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングにソファ・テーブルを配置し、くつろげる空間づくりに配慮している。 また、入居者同士が居室を訪ねあい、思い思いに過ごせるようにしている。		
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。	ご家族やご本人と相談して、使われていたなじみのものを持ってきていただいている。 家具の配置はご本人の身体状況に合わせて安全性に配慮している。	エアコンとクローゼットは備え付けです。ベッド、ソファ、仏壇など馴染みの家具を持ってきています。カーテンは防炎のものを使用しています。家具の配置は、利用者の身体状況に合わせて転倒や死角になるところがないように配慮しています。	
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」や「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。	一人ひとりの身体状況に応じた福祉用具（杖・車椅子・ポータブルトイレなど）の使用や居室・トイレ等に分かりやすいように名前を表示している。 廊下や洗面台に手すりを設置して自立した生活が送れるように工夫している。		

事業所名	「結」ケアセンターいくた
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、生き活きと働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	「結」ケアセンターいくたが目指すべき理念を職員が常に見えるところ、玄関や事務所に掲げている。		
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。	地域の一員として町内会に入会しており、併設の地域連携室をサークル教室、子供会の会合などの活躍の場として開放している。		
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。	地域の方に運営推進会議に参加していただいている。 併設している地域連携室を地域の方たちに開放している。 月に2回カフェを開催している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	ホームや地域の出来事・困りごとなど情報交換を行って、サービスの向上に努めている。		
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。	川崎市主催の研修に参加している。 包括の方に運営推進会議に定期的に参加していただき関係性の構築に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束に関するマニュアルを作成して職員の理解と共有を図っている。 資料での研修を行っている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	高齢者虐待防止法に基づいたマニュアルを作成してあり、ミーティングでも話し合う機会を設けている。 資料での研修を行っている。		
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。	現在、成年後見人の支援を受けられている方が3名。		
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。	契約書、重要事項説明書に基づき十分な説明を行って、理解・納得していただけのようにしている。		
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並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。	利用者との日ごろの会話の中から意見や要望を聞き取れるようにしている。 ご家族には訪問時や電話時に意見や要望をお聞きしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングなどの際にスタッフから意見や提案を聞き取り、施設の運営やケアの統一に繋げている。		
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。	労働基準法に則した労働条件を整えている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	外部での研修や社内での研修に参加できるような体制づくりをし、スタッフのスキルアップとなるように図っている。		
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つくり、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組みをしている。	外部での研修に参加する事で同業者と交流する機会が出来、共に学ぶ事でよりよいサービスの向上へとつないでいる。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前の相談時においてご家族だけでなくご本人にも見学していただいている。 また、自宅訪問を行い本人が安心できるように聞き取りなどで関係作りに努めている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前の相談や施設への見学をされた際に要望や困っていることなどを伺い、不安のない関係作りを心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	本人の意思を尊重できるように、入居前の面談時などで本人の状態を把握し、適したサービスが利用できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の持っている能力が活かせるように、お手伝いなどで得意なお手伝いしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	お便りで利用者様の現状を知っていただき、共に精神面で支えていただけるようにしている。		
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。	ご家族やご友人と居室などで過ごせるようにしている。 「結」からのお便りを発行し今の利用者様の様子を知っていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士の関係性を把握して良好な関わりを支援している。 また必要に応じ仲介に入っている。		
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。	退去時には何か困り事などがあれば相談してくださいと伝えている。		
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。	本人やご家族からの希望や意向を伺うように努めている。 表出が困難な場合には表情や仕草などからくみ取れるように努めている。		
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。	これまでの暮らしについて入居時などに聞き取りを行い、なるべく今までの生活に近づけるように支援している。		
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。	自立支援の考えを大切にして、利用者様の能力を低下させない様に本人の言葉や行動を記録して情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・ご家族の意見を取り入れ、また医療とも連携をしカンファレンスを行いサービス計画の作成をしている。		
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。	生活記録やケア日誌を確認したり、申し送りなどで情報の共有を行いケアプランでの評価や見直しに活かしている。		
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。	訪問歯科や訪問美容、訪問マッサージなどの個々に合わせた支援をしている。また、病院の付き添いも支援している。		
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。	運営推進会議の中で包括や民生委員の方から協力やアドバイスを受けている。町内会の清掃活動に参加している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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回の往診や週1回の訪問看護、24時間体制での医療が受けられるようにしている。また、定期的な専門医への外部受診支援も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	週1回の訪問看護にて看護師に相談をしたり、指導を受けている。 また、24時間体制でも相談できるように連携をしている。		
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、また、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。又は、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。	医療機関と情報交換を行い、入院時には早期退院に向けた連携が出来るように、退院時にはカンファレンスに参加し継続した支援ができるように努めている。		
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。	契約時に重度化した場合の対応について明示しており、ご本人・ご家族の意向を伺っている。 終末期には個別の支援方法を本人の変化に応じ、話し合いができる支援につなげている。		
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。	緊急時マニュアル、事故防止対応マニュアルに沿って24時間体制で連携している医療に連携し指示を仰ぐようにしている。		
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。	定期的な避難訓練を実施している。 非常用品を3か月分備蓄している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	尊厳を守り、適切な言葉かけや接し方での対応を心掛けている。		
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。	本人の能力に合わせて、生活の中で自己決定できるように支援に努めている。 また、自分での判断が難しい場合には寄り添って傾聴し本人のニーズを伺えるようにしている。		
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、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。	一人ひとりの体調や気分に合わせて、ご自分のペースで過ごしていただいている。 レクや体操などの参加は本人の意思を尊重している。 また、居室で落ち着いた時間が持てるように配慮している。		
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。	本人の好みに合わせつつ、季節に応じた衣類のアドバイスをを行っている。 また、訪問美容を利用して好みの髪型に整えられるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	能力に応じて食事の準備や片付けなどを無理のない程度に手伝っていただいている。 食事形態や塩分制限・糖尿病などにもそれぞれ対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事や水分量は生活記録に入力し適切な支援を行っている。 健康面で問題が発生した時など医師と連携し指示を仰いでいる。		
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。	毎食後に口腔ケアの声掛けや支援を行っている。 毎日口腔ケアセットや義歯の消毒を行っている。 訪問歯科から口腔ケアのアドバイスを受けている。		
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向けた支援を行っている。	生活記録をもとに個々でのタイミングで声掛け、トイレ誘導を行いトイレでの排泄が出来るようにしている。		
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。	おやつにヨーグルトを定期的に提供している。 生活記録から排便の有無を確認して水分摂取や、体操などで体を動かす機会を作っている。 医師と連携し必要な方には下剤や座薬での支援をしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日や時間は決めておらず、希望を伺いながら支援している。 季節に応じ冷暖房を使用して温度差が少なくなるように対応、体調変化に気を付けている。 入浴用椅子を使用し立ち上がりの自立に繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の生活リズムを尊重して、利用者様の体力や体調に合わせて休息がとれるように支援している。 居室の温度や照明に配慮し、また生活のリズムが崩れないようにも配慮している。		
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。	内服薬は、セット・配役・確認とチェックをし誤薬や飲み忘れの無いように注意している。 薬の説明書はタブレット内で確認できるようにしている。		
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。	個々の得意なことを活かし料理の手伝いなど役割をもっていただいている。 季節の飾りづくりの手伝いなどお願いしている。		
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。また、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。	ご自宅への外泊の支援を行っている。		
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。	ご家族了承のもと、基本的にはグループホームで管理している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は自由に使えるようにし求めに応じて対応している。 携帯電話をお持ちの方もいる。 手紙のやり取りもできるように支援している。 テレビ電話にも対応しており、希望されるご家族にはつないでいる。		
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。	季節に合わせた飾りなどを掲示し、利用者の作成したものも飾っている。 リビングの照明や採光の調整、また温度計を確認し快適な温度・湿度を保てるようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングにソファ・テーブルを配置し、くつろげる空間づくりに配慮している。 また、入居者同士が居室を訪ねあい、思い思いに過ごせるようにしている。		
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。	ご家族やご本人と相談し、使われていたなじみのものを持ってきていただいている。 家具の配置はご本人の身体状況に合わせて安全性に配慮している。		
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」や「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。	居室やトイレなどには分かりやすいように名前を大きく表示している。 廊下や洗面台に手すりを設置して自立した生活が送れるように工夫している。 身体状況に合わせた福祉用具を使用できるように支援している。		

2020年度

目標達成計画

事業所名 「結」ケアセンターいくた

作成日：令和 2 年 2 月 22 日

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		消防避難訓練を施設内で行っているが、地域の方の参加はない	地域の方々と一緒に消防避難訓練を行う	協力して頂ける地域の方、ご近所、地域連携室の利用者に声を掛け、参加をお願いし実施する	6ヶ月
2		ミーティングがなかなか実施出来ず、その為情報の共有がされず利用者へのケアが統一できていない事が多い	毎日、短時間のミーティングを実施	毎日、ミニミーティングをする様にして、記録を残し、参加していないスタッフに情報の共有が出来るようにする	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月