

2019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) 川崎市多摩区南生田1丁目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1年12月10日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月8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)】

地域連携室を活用した、入居者様も一緒に参加して頂けるイベントをする事で、住み慣れた地域とのかかわりを継続出来ています。

【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1月10日	評価機関 評価決定日	令和2年3月31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分の閑静な住宅街に位置しています。2017年に開設され、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」が隣接しています。

<優れている点>

隣接している小規模多機能型居宅介護事業所と、避難訓練や夏祭りの合同開催、音楽会などレクリエーションの相互参加や、レクリエーション用品(DVD、ゲームなど)の共同利用などで連携を図っています。また、隣接の地域連携室「いくたの丘」を地域住民に開放し、ヨガ、書道、大正琴、太極拳、リトミック教室や地域カフェ、おしゃべりサロン、健康体操、麻雀などを開催しています。利用者もいくつかに参加し、地域住民と交流しています。毎週火曜日は、焼きたてパンの移動販売があり、利用者も楽しみにしています。今年度、家族からの意見・要望を聞く機会を増やすため、敬老会の前に家族会を開催(7割の家族が出席)しています。終了後、敬老会の祝膳やボランティアの演歌歌手の歌謡ショーを利用者と一緒を楽しんでもらっています。他の家族との交流もでき、大変好評で、継続的に実施する意向です。

<工夫点>

月2回の協力医療機関(内科)の往診時には、看護師、薬剤師が立ち会っています。往診後は、職員も同席し4者で打ち合わせを行い、その場で薬の変更の確認を行うなど、効果的・効率的で利用者が安心できる医療連携体制を構築しています。

【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	GH1F

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ます。 (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見える場所、玄関と事務所に掲示している。	事業所理念の「私たちが、私たちの大切な人が、暮らしたいと考える場所でありたい」は、開設時に職員で話し合い作成したもので、入職時、職員に説明しています。職員は、「自分がされて嫌だと思ふことはしない」という利用者本位のケアを実践しています。	
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。	地区の町内会に入会しており、併設された地域連携室を会合や教室、サークルの活動の場として地域の方へ開放している。	地域の2つの自治会に加入し、職員が秋祭りに参加しています。利用者は、隣接の地域連携室「いくたの丘」のヨガ、書道、大正琴の教室や地域カフェなどに参加し、地域住民と交流しています。週3日、共有型デイサービスを開催し、1名が利用しています。	
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頂いている。		
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。	ホームでの出来事や地域の問題など情報交換を行い、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は、2ヶ月ごとに自治会々長、民生委員、地域包括支援センター職員、地域の知見者、利用者と家族が出席して開催しています。参加者から「災害時の緊急避難場所として地域推進室を開放してもらえないか」との打診があり、検討しています。	
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。	川崎市主催の研修に参加している。市役所や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。	区の保護課に、生活保護者の近況報告や相談で月1回訪問しています。区の高齢・障害課には、介護認定の申請代行や介護保険の手続きの相談で訪問しています。行政主催の認知症ケアや感染症に関する研修に職員が参加しています。	

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。研修動画と資料での研修を行っている。	運営推進会議で「身体拘束適正化委員会」を開催し、身体拘束の有無や年2回の研修の報告など意見交換しています。スピーチロックについては、研修や事例検討で職員の理解を深め、気になる言動は、管理者のみならず職員同士でも、その場で注意を促し合っています。	
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てあり、研修動画と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いて十分な説明を行い、理解・納得して頂いている。		
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。	利用者から職員のケアなどについての意見や要望を聞くようにしている。ご家族には訪問時に意見や要望を聞くようにしている。	家族の意見・要望は、運営推進会議、面会時のほか、電話連絡やメールで聞いています。更に、今年度から家族会を開催しています。家族から「食事の内容が分からない」という意見があり、1ヶ月分の献立を送付するようにした事例があります。	

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。	スタッフからの意見や提案はミーティングを行う際に聞き取り、施設の運営やケアに反映させている。	職員の意見・提案は、日々の会話やミーティング、個人面談などで聞き出し、運営に反映しています。法人代表者の来訪時にも職員の意見を聞いています。職員からの食レクリエーションの企画（栽培したサツマイモを使ったおやつ作り、お好み焼きなど）を採用しています。	
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。	労働基準法に即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へ参加できるようにし、スキルアップとなるよう図っている。		
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、共に学び合うことでサービスの質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要望を聞かせて頂き、不安のない関係づくりを心掛けている。		
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。	ご本人の意思を尊重できるように入居前の面談などで状況を把握、必要なサービスを行うよう努めている。		
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。	ご本人の持っている能力を把握し得意分野などで生かして頂き、感謝の言葉を伝えている。		
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。	ご家族から利用者の情報や意見要望を伺い、共に支えていく関係を築いている。		
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。	ご家族やご友人と外出・外泊できるようにし、関係が維持出来るようにしている。	入居時のアセスメントや家族からの情報で利用者の生活歴を把握しています。利用者に馴染みの新聞の購読、化粧品購入の支援や、家族が持参する馴染みのヨーグルト、バナナなどの取り次ぎを行っています。友人と友人の自宅へ外出する利用者もいます。	

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。	利用者同士の関係性を把握し必要に応じての仲介や橋渡しの支援に努めている。		
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。	レクや行事等に参加頂いている。		
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。	一人ひとりの様子やさりげない一言、表情や仕草などからくみ取り、スタッフ間で共有できるように努めている。	職員は、入居前に自宅や病院などを訪問して、生活歴や住環境を確認しています。入居後は、入浴の時間を大切に、思いや意向の把握に努めています。意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や利用者の行動、表情から推測し、支援に繋げています。	
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。	入居時に生活歴などの聞き取りを行い、これまでの生活に近づけるように努めている。		
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現状の能力を低下させないように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、医療とも連携しカンファレンスを行いサービス計画を作成している。	入居時に暫定プランを作り、1ヶ月後に本プランを作成しています。本プランは、3ヶ月ごとのモニタリングを踏まえてケース検討会議を開き、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して、通常3ヶ月ごとに見直しています。状態に変化があれば随時見直しています。	
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。	生活記録やケア日誌を確認し申し送りや連絡帳で情報の共有に努めている。		
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提供している。		
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頂いている。運営推進会議の中で包括や町内会に協力して頂いている。		
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を行っている。	月2回医師による往診時には、看護師や職員も付き添い、診察終了後に薬剤師も交えて会議を行っています。歯科の診察も週1回実施し、嚥下評価も行っています。状態の変化時や緊急時は24時間体制で医療が受けられるように支援しています。	

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
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回の訪問看護にて指導を受け相談を行っている。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。	入院退院時に情報交換を行い、早期退院に向けた連携や、退院時のカンファレンスに参加し継続した支援が出来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。終末期には個別の支援方法を変化に応じ相談出来る支援を行っている。	契約時に、重度化した場合の対応について説明し、家族の意向の把握に努めています。終末期は医師が説明し、家族の同意を得ています。介護計画を作成し直し、家族、職員、看護師などと、看取り時期のケアと思いを共有し、支援をしています。	
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。	スタッフ間で連携を行い、24時間体制で連携している医療に連絡して指示を仰ぐよう徹底、迅速に対応している。		
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。	開所して2年目となり、消防署の指導の下での消防訓練が、2月に初めて実施となります。事業所内では年2回、職員と利用者で避難訓練を実施しています。1階、2階にそれぞれ備蓄倉庫があり、3日分の備蓄を行っています。定期的に期限と内容を点検しています。	

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
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。	目上の方として敬い、適した言葉かけや接し方での対応を心掛けている。	職員は利用者を目上の人として敬い、さらに、話しかけてくる内容やタイミングで、何をしたいか、どんな気持ちを抱いているのかを察するように接しています。言葉により、行動を抑制する「スピーチロック」に気を配り、タイミングをみて対応しています。	
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自己決定できるよう努めている。ご自分での判断が難しい場合には寄り添い傾聴する機会を作っている。		
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、その目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頂いている。レクや体操などの参加はご本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。	訪問美容を利用してご自分の好みの髪型に整えられるよう支援している。男性陣の髭剃り自立で出来ない部分を支援している。		
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。	昼食と夕食は外部委託業者が献立を作成し、できたての料理が毎日配達されて来ます。ミキサー食や刻み食、糖尿病や塩分制限の利用者には、配達された料理に手を加えています。希望で、日曜の朝はパン食の注文もできます。後片付けは全員でしています。	

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
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。不足の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、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。	毎食後口腔ケアの支援を行い、自主性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。必要に応じ訪問歯科の支援を行っている。		
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、トイレ誘導を行うことでトイレでの排泄が出来るようにしている。夜間、必要に応じてポータブルトイレを使用できるようにしている。	利用者の自立支援を心がけ、個々に合わせ、自分でできる部分は自分で行ってもらっています。言葉で表現できない利用者には、タイミングを逃さず、トイレ誘導しています。自立の利用者が多く、夜間の排泄では転倒に気をつけて支援しています。	
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。	定期的な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・時間は決めていらず、定期的に希望を伺いながら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体調変化に気を付けている。福祉用具の入浴用椅子を使用し、立ち上がりの自立に繋げている。	日数の空いた利用者を優先に、当日、時間を決めて入浴しています。入浴を拒む利用者には無理強いせず、日にちや担当者を変えて対応しています。入浴時に楽しい会話をして信頼関係の構築に努めています。車いすの人は足浴とシャワー浴で対応しています。	

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、体力体調に合わせて休息が取れる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。	内服薬はセット・配薬・確認とチェックを行い誤薬・飲み忘れの無いよう注意している。薬の説明書をファイルにまとめ、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頂いている。外出やヨガ教室、地域カフェ、体操などに参加して頂いている。		
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。	散歩や買い物動向、外食支援、地域の催しへの参加等で機会を設けている。知人との外出や、ご家族との外泊・旅行の支援を行っている。	入居者全員が外出の機会を持てるよう努めています。全員での外出が難しい場合は数人ずつ、外での転倒に気をつけながら支援しています。年に何回かの外食時は車を利用し、全員一緒に出かけています。地域の催しや家族との外食、外泊も支援しています。	周辺は坂が多く日常的な散歩が難しい状況にありますが、家族の協力を得て、外出の機会を増やすことも期待されます。
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。	個々の能力や希望に応じて所持して頂いている。買い物はご自分の欲しいものを購入できるよう支援している。		

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。	電話は自由に使う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おられる。手紙のやり取りも出来るように支援している。		
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。	季節に合わせた飾りなどを掲示し、花なども活け、利用者の描いた絵も飾っている。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・湿度が保てるようにしている。	1階、2階共、広々しています。テーブルとソファがあり、利用者はくつろいでいます。職員全員で床掃除を心がけ、開所以来、清潔さを保っています。インフルエンザ流行時は、利用者や外来者は手洗いやうがい、マスクを心がけ、予防に努めています。温度や湿度にも気をつけています。	
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合い、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物を持ってきていただき趣味活動が出来るように用意している。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。	馴染みの写真や家具、仏壇を持ち込み、家族と相談して動線に配慮し、配置しています。居室内で趣味活動をする人もいます。衣替えや家具の配置替えは家族と行いますが、家族のいない人は職員と行っています。	
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。	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	GH2F

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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ところを理念として職員が常に見られるように玄関と事務所に掲げています。		
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。	地域の一員として町内会に入会、併設の地域連携室を地域の皆様にサークル。町会や子供会の会合などの活動の場として開放、地域カフェとして月に2回オープンしています。		
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。	地域の方々に運営推進会議に参加頂いています。 併設している地域連携室を地域の皆様に開放し、地域カフェや定期的な子供食堂を開催しています。		
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や困り事など情報交換を行いサービス向上に努めています。 地域内の回覧板や掲示板に施設の情報を貼らせて頂いています。		
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。	川崎市主催の研修に参加させて頂いています。 市役所や包括の方には運営推進会議に参加頂き情報交換させて頂いています。		

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玄関に置き、職員への理解と共有を図っています。 日々のケアで気になる事は意見が言えるようにしています。 身体拘束適正化委員会を定期的開催しています。		
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見える所に掲げ、ミーティングでも話し合う機会を設けています。 定期的に研修を実施		
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。	成年後見人の支援を受けている方が3名入居されています。		
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い、理解、納得して頂けるようにしています。		
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。	利用者から職員のケアに対し意見や要望を聞くようにしている。 ご家族様には訪問時や、定期的に家族会を開催し意見や要望を聞いています。		

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。	ミーティングの際にスタッフからの意見や要望、提案をしてもらい施設の運営、ケアの統一につなげています。		
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ます。		
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。	新人研修の実施 外部研修や社内研修に参加できる体制を整えスキルアップを図っています。		
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。	外部研修に参加する事で同業者と交流する機会を持ち、学び合うことでサービスの向上に努めています。		
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。	入居の相談を受けてからご家族だけでなくご本人にも見学や体験をして頂き、自宅訪問を行い生活状況の確認とご本人の要望を伺い不安をなくすよう努めています。		

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
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、施設見学を通しご家族の困っている事や、施設への要望や不安に思っている事などを伺い安心して頂けるよう努めています。		
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。	入居前の見学や面談の際にご本人や家族の現在の生活状況を把握し、必要なサービス提供が出来るよう努めています。		
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。	生活の場面で個々の有する能力を把握し、得意分野で活かせる場を設けています。家事仕事や園芸、趣味の継続。		
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。	ご家族から利用者の情報を提供して頂き、ご家族の意見や要望を伺いご本人を支えていく関係づくりをしています。		
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。	ご家族や友人との外出や外泊が出来るようにしています。 気軽に訪問して頂けるような機会を作っています。 毎月ホームだよりを発行しご家族に送付しています。		

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。	生活の中で利用者同士の関係性を把握し良好な関わりを支援し、必要に応じ介入するようにしています。		
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。	行事やレク活動に声をかけ参加して頂いています。		
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。	ご本人や家族の希望や意向を伺うように努めています。 表出が困難な方の場合には表情や仕草から汲み取れるようにしています。		
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。	アセスメントシートを作成し、ご家族に記入して頂いている。		
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。	一人一人の現状を把握し一緒に過ごす時間の中から本人の言葉、行動、表情を記録し情報の共有をしています。		

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
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。	定期往診後に、Dr・Ns・スタッフで、カンファレンスを月2回おこなっています。		
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。	日々の生活の様子やケアに関しての記録を残し、申し送りや連絡帳で情報の共有を行いケアプランに活かしている。		
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。	ニーズに応じ、ショートステイの利用や共用デイの利用からスムーズなサービスの移行につながるようにしている。 スタッフによる病院受診の付き添い、訪問歯科・訪問美容・訪問マッサージの利用の手配など行っています。		
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町内会、民生委員などに協力やアドバイスを頂いている。 地域連携室で行われている地域の方の活動に参加させてもらっています。		
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、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回の定期往診、24時間体制で適切に医療が受けられるようにしています。 外部の専門医への受診の支援も行っています。		

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。	週1回、看護師による医療連携を受け相談や指導を受けています。その他でも24時間体制で相談、支持を受けられるように連携しています。		
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、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。	利用者が入院した場合には、入院先の医療機関との情報交換を行い、早期退院に向けて連携を図っています。		
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。	契約時点で重度化した場合の対応について説明している。終末期については心身の状況の変化に応じその段階で出来る支援を行っています。		
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。	緊急時のマニュアルを作成し、常に見える場所に掲げ、医療と連携を図りながら迅速な対応が出来るようにしています。		
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。	非常用品を3カ月分備蓄しています。年2回避難訓練・防災訓練を行い、マニュアルをみえる場所に掲げています。		

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
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。	目上の人として敬い、言葉遣いや接し方を一人ひとりに合わせた声掛けや対応に配慮しています。		
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。	一人ひとりの能力に合わせ、生活の中で自己決定出来るように努めています。 それが難しい場面でも出来るだけ側に寄り添い声掛けや傾聴をする機会を作っています。		
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、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。	本人の意思を尊重しレクリエーションや活動への参加など行動は強制しません。		
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。	なじみの美容院の利用や、訪問美容の利用の手配をし、好みの髪型に整えられるようにしています。 起床時には整容を声掛けし出来ない方は介助している。		
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。	食事も個々に合わせた形態や食事量で提供しています。 配膳や下膳など出来ることをお手伝い頂いている。		

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
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。	食事量・水分摂取量を記録に残し、把握に努めている。 特に問題がある場合にはDrやNsと連携し適切な指示を仰いでいます。		
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。	毎食後の口腔ケアを声掛けして行い、必要に応じて訪問歯科の口腔ケアやチェックを受けられるよう支援しています。		
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。	個々の排泄パターンを把握し記録をもとにタイミングを計ってトイレ誘導を行い、リハビリパンツを使用してもトイレでの排泄を促しています。 夜間にポータブルトイレを使用して安心できるようにしています。		
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。	おやつに週2回ヨーグルトをとって頂き、起床時に牛乳の提供など行っています。 生活記録から水分摂取量や排便の確認を行い、必要に応じてDrの指示のもと内服調整しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日や、時間は特には決めず、季節に応じ冷暖房を使用し、ヒートショック等の予防を心がけています。 入浴中の体調変化に留意、身体観察を行っています。		

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
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。	居室の環境整備、室温管理を適切に行い安眠できるよう支援しています。必要な方には、Drの指示のもと内服調整してもらっています。		
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。	内服薬はセット・与薬・確認の3回チェックを行い、内服時にはご本人の前で読み上げ確認し誤薬の無いように注意しています。		
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。	家事仕事や園芸、買い物等外出の機会を持ち気分転換を図って頂いている。個々の出来る事をして頂く支援をしています。		
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。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。	散歩やお買い物の同行等にお誘いしています。		
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。	自己管理できる方には家族の了解のもと所持して頂いています。必要なものがある時は購入できるように支援しています。		

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
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。	利用者の求めに応じて対応しています。 電話は自由に使えるようにしています。 携帯電話をお持ちの方もおられます。 手紙のやり取りも支援しています。		
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。	季節に合わせてフロアの装飾や壁面飾りなど工夫をしています。 居心地の良い空間づくりを心がけています。		
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。	フロアにテーブル席とソファを配置しその時に過ごしたい所に自由に移動してもらっています。		
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。	ご自宅で使っておられた物や飾っていたものなどをお持ちいただき心地よく過ごせる空間づくりをお手伝いしています。		
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。	居室やトイレ・浴室など分かりやすく表記しています。 廊下や洗面台等に手すりを設置し「わかる」「できる」力を活かせるようにしています。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 系尾 ケアセンター いくと

作成日: 令和 2 年 4 月 5 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	19	ご家族との関わりが少なく行事や外出等に参加して頂く機会を持たなかった。	行事や外出の時には、ご案内させて頂き、一緒に参加出来る。	・面会時に行事や外出支援の参加を声掛けする。おたよりで次月のイベントをお知らせする。 ・運営推進会議への参加を募る。	12 ヶ月
2	27	ケアプランに沿ってケアの統一が出来ていない事があった。	ケアプランに基づいたミーティングを定期的に行い全員参加する。	・課題整理総括表にスタッフ全員が毎月末に評価する体制を作る。	12 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月