

平成30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	平成30年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成31年4月2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)】

施設は閑静な住宅地の中にあります。併設している地域連携室 ”いくたの丘” を地域の皆様に開放し、その中で行われているヨガ教室・大正琴の会・習字教室などに参加し月2回の”地域カフェ”の手伝いや参加することで、住み慣れた地域との繋がりを大切にしています。

【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	平成30年11月30日	評価機関 評価決定日	平成31年3月2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」バス停から住宅街を通り抜け、坂の頂上に位置しています。地域連携室、小規模多機能型居宅介護事業所が隣接しています。南に面した広いベランダからは近隣の花火や夜景がきれいに見えます。またガーデニングも楽しんでいます。白をベースの壁紙とこげ茶のドア、入居者の夫の絵画が掲げられ落ち着いた雰囲気です。

<優れている点>

隣接している地域連携室では、さまざま教室やカフェ、焼き立てパンの移動販売などが開催され、幅広い年齢層が利用しています。入居者は好きな教室に参加でき、入居後も顔見知りの人たちと継続した付き合いや習い事ができています。「いくたの丘カフェ」では、入居者が役割を持ち、手伝いをしています。坂の頂上なので散歩が長くできない分、こうした活動の参加や室内での運動・歩行で、身体の機能維持に努め、生活の活性化を図るよう支援しています。11月より共有デイサービスを週1日実施し、地域支援と共に入居者との交流を図っています。

<工夫点>

契約時に「私達の望む治療、望まない治療について」で、詳細にどのようなケアを望んでいるかを具体的に説明し、同意を得ています。看取りを希望した時は「看取りケアについての同意書」「終末期生活支援に関する覚書」「看取り介護計画書」に基づき、家族の思いをしっかりと共有し、職員も不安なく取り組めるよう努めています。

【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ところを理念として職員が常に見える所に掲げています。	開設時にスタッフの意見を採用し、現在の理念を創っています。玄関、事務所内に掲示し、職員には入職時に説明しています。毎日のミニミーティングでは、課題の問題点を常に理念に照らし合わせ、支援内容について話し合っています。	
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、併設している地域連携室を地域の皆様にサークル、教室、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2回オープンしています。	町内会の回覧板や掲示板に事業所の催し物などを通知し、見学や相談などに応じています。週1回共有デイサービスを開催し、1名が参加し交流しています。入居者も地域連携室でのヨガや書道教室に参加し、カフェでは準備の手伝いや湯茶を楽しみ、様々な年齢層の人々と交流しています。	
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 月2回の地域カフェ“いくたの丘”をオープンしています。	/	/
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。 地域内の回覧に施設のチラシを配布させて下さっています。	運営推進会議は2ヶ月ごと、自治会々長や民生委員、入居者、家族などが参加し、運営・入居者状況・行事・提案などを報告、協議しています。共有デイサービスの申請や介護情報の利用ガイドの配布、地域の他の協議会や会議への関わりなど、実施や検討に取り組んでいます。	
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。 市役所や包括に定期的に出向き関係性の構築に努めています。	市主催の研修に参加しています。生活保護担当者や後見人、安心センター職員とは定期的に入居者の状況などを報告し連携を図っています。また管理者は市や地域包括支援センターに出向き、介護保険更新手続きや入居状況を報告しています。	

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玄関に掲げ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。	マニュアルに基づき入職時に説明しています。日々の暮らしの支援が拘束か否かをその都度話し合い、拘束禁止に取り組んでいます。安全を考慮しやむを得ないセンサーの設置や玄関の施錠は、家族に状況を見てもらい、同意を得ていますが、常に記録し見直しをしています。	
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。		
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。	社内研修で学ぶ機会を設けています。 現在、あんしんセンターの支援者1名成年後見人の支援を受けている方3名おります。		
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・納得を図っています。		
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、意見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ます。	入居時に苦情相談窓口の説明をしています。面会時や運営推進会議、ケアプラン発送時や電話で意見を聞き取るように努めています。入居者とは日々の生活の中の何気ない会話から聞き取っています。席替え希望などに対応しています。	

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
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。	申し送り時や毎日のミニミーティングでの意見を日誌に記入し、管理者に報告しています。管理者は必要に応じ個別に話をしています。職員からの入浴時のシフト対応や誤薬防止の手順方法の改善など、意見反映に取り組んでいます。	
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。	外部研修や社内研修に参加できる体制を整え、スタッフの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、学びあうことでサービスの向上に務めています。		
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。	入居相談の過程からご家族だけではなく本人にも見学して頂き、自宅訪問を行い本人の思いを受け止めるようにしています。		

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
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不安を伺うようにしています。		
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本人やご家族の現在の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。		
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いただき、ご家族の意見や要望を伺い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。	ご家族や友人と外出や外泊が出来るようにしています。 気軽に訪問できるように声を掛けています。 毎月ホームだよりを発行しご家族に送付しています。	契約時に「訪問時間帯の基本はあるがいつでも気にせず面会を」と伝えてあります。自宅に定期的に外泊したり、友人宅訪問、馴染みの美容院を利用したりしています。友人の付き添いで教会やデパートに出かけるなど、今までの関係の継続を図っています。	

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
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りを支援し、必要に応じ仲介に入っています。		
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。	退所後の利用者やご家族との関係性の継続に関しては対象者がまだいない為実施していない。		
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。	本人やご家族の希望や意向を伺うように努めています。表出が困難な場合は表情や仕草からくみ取るようにしています。	入居者の傍に腰かけながらや、入浴介助時の1対1での様々な会話を通し、何気ない言葉から本人の希望や意向を聞いています。表出困難な場合は、家族や日々の様子から、また「アセスメント」や「私の暮らし方」などから希望や意向の把握に努めています。	
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。	これまでの暮らしについて、入居時に詳しくアセスメントを行い、これまでの暮らしに近づけるよう支援しています。		
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。	一人ひとり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。	本人・ご家族の思いを聞き取り、医療との連携も図りながらカンファを行い統一したケアが行えるようにしています。	3ヶ月ごとに、また、状態が変化した時にモニタリングを行っています。管理者・作成者・職員でケース検討会議を開催し、医療連携ノートや、家族・本人の思いを含め、多方面から適切な支援を検討しています。10月より毎月個別検討会議も開催しています。	
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。	日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、朝夕の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、10月から始まる共用デイの利用からスムーズなサービスにつながるようになっている。 施設での病院付き添い、訪問歯科や訪問美容の手配などの要望に応じています。		
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受けている。 地域連携室で行っている地域の方々の様々な活動に参加させて頂いている。		
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、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、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。 定期的に専門医への受診の支援も行っています。	職員は「往診時伝達事項」に症状を記入して訪問医に伝えています。往診時には薬剤師も立ち会っています。訪問看護師は「医療連携記録」に症状や特記事項を記入し、必要な場合は医師に指示を受けるなど適切な受診の支援に努めています。	

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
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回の看護師による医療連携を行い、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、指示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、入院先関係者と情報交換を行い、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。	契約時点で重度化した場合の対応について明示している。 終末期については心身の状況の変化に応じ治療の相談できる支援を行っています。	契約時、重度化に向けた事業所の方針を説明し、「私達の望む治療、望まない治療」の項目チェックにより利用者と家族の意向を把握しています。終末期は、医師が説明し、同意を得ています。家族、職員、医療関係者が思いを共有し看取りケアに臨んでいます。	
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、迅速に対応でき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ヵ月分備蓄しています。定期的に避難訓練を行い、マニュアルが見える場所に掲げています。	年2回、職員と利用者で避難訓練を実施しています。出火場所を想定して避難経路の確保や誘導に取り組んでいます。備蓄は食料品や水分など1人3日分を3人分ずつセットして、すぐ出せる場所に保管しています。	消防署の指導の下、日中・夜間を想定した避難訓練を実施することが期待されます。また、併設の他事業所との合同訓練や地域連携室を通しての地域住民の参加・協力なども期待されます。

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。	年長者として尊敬し、言葉づか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。	呼称は名字ですが、時と場合によって名前でも呼ぶこともあります。職員は利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接することを心掛けています。管理者は気になる点があればその都度注意して、利用者の人格を尊重した対応を促しています。	
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できるように努めています。また、それが難しい場面でも出来るだけ側に寄り添い声掛けし、傾聴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。	一人ひとりの体調や気分に合わせて過ごせるようにしています。居室で一人で過ごし落ち着いた時間が持てるように配慮しています。		
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。	なじみの美容院や、訪問美容を利用し好みの髪型に整えられるようにしている。起床時に声を掛け身だしなみが整えられるようにしています。		
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。	個々の能力に応じて食事の準備から片付けまで行っていただいています。季節の行事食や旬の食べ物から季節を感じて頂き、食を楽しめるように工夫しています。	昼・夕食の調理は個人委託で、献立には利用者の好みや希望を取り入れています。利用者は自発的に盛り付け、湯茶出し、ランチョンマットや箸・スプーンを配っています。日曜日の昼食はメニューの選択ができ、レストランで外食を楽しむこともあります。	

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
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、水分量を記録に残し、摂取量が少ない場合は、医師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。	毎食後口腔ケアの声掛けをしています。それぞれの自主性に合わせて対応しています。 必要に応じ、毎週の訪問歯科の口腔チェック、ケアを支援しています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、記録をもとに個々に合ったタイミングでトイレ誘導を行い、リハビリパンツを使用しているもトイレで排泄できるようにしています。 夜間のポータブルトイレの使用で安心できるようにしています。	自立の利用者が殆どです。職員は排泄記録をもとに排泄パターンを把握して、毎日のミーティングで情報共有しています。タイミングを見計らった声かけでリハビリパンツやパットの依存が減少したケースもあります。	
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。	食事に牛乳やヨーグルトを摂って頂いている。 生活記録から水分摂取量や排便の確認を行い、対応している。 日常の中で身体を動かす機会を作っています。		
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・時間は特に決めていません。 季節に応じ冷暖房を使用し、湯温度に気を付け体調変化に留意しています。	職員はそれぞれ毎日、利用者1人の入浴介助を担当しています。この方法で職員の負担が減り余裕もできて、細やかな入浴介助が可能になっています。 入浴時は故郷や子供の頃の話を通じ、信頼関係を深めています。柚子湯で季節を感じ、入浴剤で温泉気分を味わっています。	

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。	一人ひとりの生活リズムを尊重し日中の個々の疲労や体力、体調に合わせて休息をとれるようにしている。 生活リズムが崩れないように配慮。		
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。	薬の説明書はファイルにまとめ、効能、副作用など確認できるようにしています。 薬についての疑問には、薬剤師と常に連携しています。 薬剤師との薬の勉強会を定期的に行っています。		
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。	一人ひとりの得意なことを活かし、裁縫、園芸、料理補助など役割を持って頂いています。 外出や大正琴の会・ヨガ教室・オセロや地域カフェ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、外食、喫茶などで機会を設けています。 知人との外出やご家族の協力のもと自宅への外泊や旅行の支援を行っています。	日々、事業所の周辺を散歩しています。少し遠出してフルーツパークや王禅寺公園へ行ったり、多摩川沿いをドライブすることもあります。墓参りや家族旅行、昔からの友人とのショッピングなど、家族や知人の協力で外出の支援をしています。	
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。	それぞれの能力や希望に応じて所持して頂いています。 お金の持っている安心感や希望に沿った買い物が出来るようにしています。		

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いらっしゃいます。 手紙のやり取りもできるように支援しています。		
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。	季節に合わせた壁面飾りや花などを飾っている。 リビングの照明の調整や温度計を確認しながら心地よい室温が保てるようにしています。	リビングは清潔で明るく、テーブルやソファがほど良い間隔で配置されています。広めのベランダでは外気浴や眺望を楽しむことができます。廊下側と浴室側の2方向から出入り可能なトイレもあり、機能的でプライバシーに配慮した誘導ができる仕組みとなっています。	
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・テーブルを配置しテーブルは大小を用意し、少人数や一人で過ごせる空間づくりに配慮しています。		
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。	ご家族や利用者と相談しながら使い慣れた家具などを持ってきて頂いている。 配置については、ご本人の身体状況に応じて安全性に配慮しています。	エアコン、クローゼットは備え付けです。カーテン、ベッド、寝具などは入居前から使っていたもので、その他タンス、テレビ、写真や絵、本、CDなどそれぞれ馴染みの物、思い出の品を持ち込み、生活感のあるその人らしい居室になっています。	
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・トイレ等分かりやすいように表示しています。 廊下や洗面台などに手すりを設置「わかる」「できる」力を活かせるようにしています。		

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)	○	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させている。 (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ところを理念として職員が常に見える所に掲げています。		
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、併設している地域連携室を地域の皆様にサークル、教室、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 月2回の地域カフェ“いくたの丘”をオープンしています。		
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。 地域内の回覧に施設のチラシを配布させて下さっています。		
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。 市役所や包括に定期的に出向き関係性の構築に努めています。		

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
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玄関に掲げ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。		
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。		
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。	社内研修で学ぶ機会を設けています。 現在、あんしんセンターの支援者1名成年後見人の支援を受けている方3名おります。		
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・納得を図っています。		
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、意見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。	外部研修や社内研修に参加できる体制を整え、スタッフの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、学びあうことでサービスの向上に務めています。		
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。	入居相談の過程からご家族だけではなく本人にも見学して頂き、自宅訪問を行い本人の思いを受け止めるようにしています。		

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
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不安を伺うようにしています。		
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本人やご家族の現在の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。		
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いただき、ご家族の意見や要望を伺い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。	ご家族や友人と外出や外泊が出来るようにしています。 気軽に訪問できるように声を掛けています。 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りを支援し、必要に応じ仲介に入っています。		
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。	退所後の利用者やご家族との関係性の継続に関しては対象者がまだいない為実施していない。		
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。	本人やご家族の希望や意向を伺うように努めています。表出が困難な場合は表情や仕草からくみ取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。	これまでの暮らしについて、入居時に詳しくアセスメントを行い、これまでの暮らしに近づけるよう支援しています。		
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。	一人ひとり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。	本人・ご家族の思いを聞き取り、医療との連携も図りながらカンファを行い統一したケアが行えるようにしています。		
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。	日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、朝夕の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、10月から始まる共用デイの利用からスムーズなサービスにつながるようにしている。 施設での病院付き添い、訪問歯科や訪問美容の手配などの要望に応じています。		
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受けている。 地域連携室で行っている地域の方々の様々な活動に参加させて頂いている。		
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、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、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。 定期的に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回の看護師による医療連携を行い、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、指示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、入院先関係者と情報交換を行い、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。	契約時点で重度化した場合の対応について明示している。 終末期については心身の状況の変化に応じ治療の相談でき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、迅速に対応でき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ヵ月分備蓄しています。 定期的に避難訓練を行い、マニュアルを見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。	年長者として尊敬し、言葉づか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できるように努めています。また、それが難しい場面でも出来るだけ側に寄り添い声掛けし、傾聴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。	一人ひとりの体調や気分に合わせて過ごせるようにしています。居室で一人で過ごし落ち着いた時間が持てるように配慮しています。			
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。	なじみの美容院や、訪問美容を利用し好みの髪型に整えられるようにしている。起床時に声を掛け身だしなみが整えられるようにしています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	個々の能力に応じて食事の準備から片付けまで行っていただいています。季節の行事食や旬の食べ物から季節を感じて頂き、食を楽しめるように工夫しています。			

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、水分量を記録に残し、摂取量が少ない場合は、医師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。	毎食後口腔ケアの声掛けをしています。それぞれの自主性に合わせて対応しています。 必要に応じ、毎週の訪問歯科の口腔チェック、ケアを支援しています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、記録をもとに個々に合ったタイミングでトイレ誘導を行い、リハビリパンツを使用しているもトイレで排泄できるようにしています。 夜間のポータブルトイレの使用で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。	食事に牛乳やヨーグルトを摂って頂いている。 生活記録から水分摂取量や排便の確認を行い、対応している。 日常の中で身体を動かす機会を作っています。		
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・時間は特に決めていません。 季節に応じ冷暖房を使用し、湯温度に気を付け体調変化に留意しています。		

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。	一人ひとりの生活リズムを尊重し日中の個々の疲労や体力、体調に合わせて休息をとれるようにしている。生活リズムが崩れないように配慮。		
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。	薬の説明書はファイルにまとめ、効能、副作用など確認できるようにしています。薬についての疑問には、薬剤師と常に連携しています。薬剤師との薬の勉強会を定期的に行っています。		
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。	一人ひとりの得意なことを活かし、裁縫、園芸、料理補助など役割を持って頂いています。外出や大正琴の会・ヨガ教室・オセロや地域カフェ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、外食、喫茶などで機会を設けています。知人との外出やご家族の協力のもと自宅への外泊や旅行の支援を行っています。		
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。	それぞれの能力や希望に応じて所持して頂いています。お金を持っている安心感や希望に沿った買い物が出来るようにしています。		

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いらっしゃいます。 手紙のやり取りもできるように支援しています。		
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。	季節に合わせた壁面飾りや花などを飾っている。 リビングの照明の調整や温度計を確認しながら心地よい室温が保てるようにしています。		
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・テーブルを配置しテーブルは大小を用意し、少人数や一人で過ごせる空間づくりに配慮しています。		
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。	ご家族や利用者と相談しながら使い慣れた家具などを持ってきて頂いている。 配置については、ご本人の身体状況に応じて安全性に配慮しています。		
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。	居室・トイレ等分かりやすいように表示しています。 廊下や洗面台などに手すりを設置「わかる」「できる」力を活かせるようにしています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 「結」ケアセンター いくと

作成日: 平成30年3月16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
1	35 (13)	災害対策 地域(近隣)との連携が不十分 な為、今後地域との関わりを 検証していく	実際に災害が起こった場合に スムーズに地域との連携が出来る ように日頃の訓練に声をかけ 参加頂くようにしていく。	避難訓練や実施を地域へ 発信、避難場所として 指定 近隣敷地への立ち入り許可、 避難の際、お助けほかの協力依頼	10ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月