

2023（令和5）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	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和5年10月10日	評価結果 市町村受理日	令和6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）】

高台の閑静な住宅地にあり、遠くに富士山、夜になると都心の夜景がとても綺麗な場所に位置しています。
施設は、小規模多機能居宅介護サービスが併設されており、隣には広い地域連携室があります。地域連携室は「いくたの丘」と地域の方が名付けてくださいました。その地域連携室「いくたの丘」を地域の皆様に活用していただき、現在は多くの方に利用いただいております。広いスペースで、体操教室、麻雀教室、習字教室などサークル活動、会合、趣味活動、パン販売、地域カフェ、子ども食堂など幅広く活動をして頂いており、入居されている利用者様も体操教室や地域カフェに参加する機会を持っています。
地域カフェや子ども食堂は地域の皆様のボランティアも活躍されています。様々な活動を通して地域の皆様と繋がりが持っていることが自慢です。

【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5年11月18日	評価機関 評価決定日	令和6年2月12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「読売ランド前」駅から徒歩16分、「百合ヶ丘」駅又は「新百合ヶ丘」駅よりバスで「原店前」下車、徒歩9分程の住宅地に立地しています。軽量鉄骨造りの2階建ての建物でリフト浴の設備があります。同一法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所とNPO 法人が運営する地域連携室を併設しています。
<優れている点>
子供食堂、パンの販売、習字教室、ピアノ教室、会合など、地域連携室の催しは盛況で地域の人が利用しており、利用者もカフェやヨガ教室に参加して地域の人と交流しています。地域交流室で顔馴染みになった小規模多機能型居宅介護施設の利用者や、地域の方が事業所への入居に至る事も多く、顔なじみの相互関係が構築されています。事業所運営に真摯に向き合い避難訓練への地域住民の参加などの課題を時間がかかっても着実に進めています。共用空間など清掃にも力を入れ、外構や備蓄品の収納場所を整え、清潔感のある事業所となっています。
<工夫点>
失語症の人がピアノ伴奏に合わせて「ふるさと」を歌う姿など、利用者の日頃の状態や介助方法を動画を利用し可視化することで理解が深まり、職員間で共有してケアサービスの質の向上に役立っています。加入している南生田自治会の他、道を隔てたかりがね台自治会にも運営推進会議への参加を呼びかけ、地域交流につなげ認知症や事業所の理解につなげています。

【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
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。	法人の理念や事業所の目指す目標と行動指針などを玄関や各フロア事務所に提示しスタッフ全員が共有できるようにしている。	法人の理念「結～むすぶ～」を事業所の理念として事業所内に掲示し職員で共有しています。理念を基に毎年目標を掲げ、利用者のできる事を探し出し、繰り返し行う事を大切にケアをしています。	
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。	併設している“地域連携室いくたの丘”を地域の皆様に無料開放しており多くの皆様が利用されている。近所の方が、ボランティアとして、施設の玄関先の花を季節ごとの植え替えや水やりなどしてくださっている。	加入している南生田自治会や、道を隔てた、かりがね台自治会から地域の情報を得ています。子供食堂や、ピアノの教室など地域連携室は様々な人が利用しています。事業所の利用者がカフェやヨガの催しに参加し地域の人と交流しています。ボランティアが来訪し草花の管理をしています。	
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き、認知症や施設への理解を求めている。併設している地域連携室“いくたの丘”を会合、趣味活動の場、麻雀・体操教室などに使用頂いており、地域カフェや子ども食堂も行っている		
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。	包括・町会・民生委員・地域住民・他介護事業者など多方面から参加いただき、現状報告と情報交換を行いサービスの向上の努めている。	運営推進会議は、併設小規模多機能型居宅介護事業所と一緒に開催しています。南生田及びかりがね台自治会の役員数名と民生委員、地域住民、家族代表、地域包括支援センター職員、NPO 法人の職員がメンバーです。参加者から「利用者もカフェに参加しては」という意見を受け、利用者も参加し地域の人たちと交流する機会を設けています。	
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。	生活保護者や低所得者の受け入れや相談などの連携をしている。地域みまもり支援センター 地域支援課と連携を行っており定期的にZOOMでの研修に参加している。	多摩区感染予防課の指導で「手洗い研修」を実施しています。地域支援課とは介護保険申請などで、生活保護課とは事業所への受け入れ等で情報共有しています。認知症サポーター養成講座開催など、必要に応じてそれぞれの担当部署と連携して取り組んでいます。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等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基に理解と共有を図り「身体拘束ゼロの取り組み」を玄関に掲げている。 定期的カンファレンスを行い、2か月に1度開催している身体拘束適正化委員会で報告している。	指針に基づき支援を行い2ヶ月に1度「身体拘束適正化委員会」を運営推進会議と同時開催し、年間研修計画に従い研修を行っています。安全のため見守りセンサーを家族の承諾を得て使用する事があります。「ちょっと待って」等のスピーチロックに注意を払い身体拘束をしないケアをしています。	
7	6	○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。	高齢者虐待防止法の周知と、マニュアルに基づいて定期的な研修と報告する機会を設け全スタッフと共有をしている。 定期的研修も行っている。虐待防止検討委員会を設置している。	指針に基づき「虐待防止検討委員会」を設置しています。虐待防止マニュアルを整え研修を行い意識を高めています。虐待と思われた時は管理者にすぐ報告することを職員が理解しています。職員へのハラスメントは、外部委託している窓口で相談ができます。	
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に支援している。	現在後見人制度を利用されている方がいる。 今後必要と思われる方に向けて情報が発信できるように後見人制度について研修の機会を設けている。		
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。	契約書・重要事項説明書に基づいた十分な説明を行い納得できるように努めている。 特に利用料金や家族協力や重度化についての対応や医療連携体制など説明を行っている。		
10	7	○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。	家族とのやり取りの中で意見や要望をお聞きしている。利用者からは日々の会話の中から意向や要望を聞き取るようにしている。 スタッフも内容の共有を行い運営やケアに繋げている。	利用者の暮らしの様子などを記した「結だより」を発行し家族に送付しています。利用者からは日々の会話の中で、家族からは来訪時や電話連絡の際に意見を聞いています。感染状況に配慮しつつ家族会を年内に再開する予定で意見・要望を聞き取る意向です。	

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	8	○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。	日頃からミーティングや申し送りの中で、スタッフからの意見や要望などを聞く機会を作り働きやすい環境やケアに反映している。 必要時には、管理者から本社に繋げている。	管理者はミニミーティングや日々の申し送りの中で職員の意見を聞いています。法人へは「管理者は現場業務の人員に入れず、自由に動ける配置にして欲しい」旨を職員が上申しています。職員の意見はケアに関する事が主で、配慮を要する人の対応を検討し、その都度反映しています。	職員の意見として、利用者一人ひとりのニーズに応じた個別ケアの実践が挙がっています。人員配置や勤務時間帯などを検討しつつ、その実現に向けて踏み出しサービスの質の向上に繋げる事を期待します。
12	9	○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。	正社員やパート社員に関係なく資格取得に向けて支援を行いスキルアップができるようにしている。働く上での悩み事が相談できる“メンタルヘルス相談”を外部と連携を行い窓口を設けている。	管理者は職員の働き易い職場環境の維持に努めています。数名の職員が5年以上勤務しています。休憩室を完備し育休制度等があります。年2回人事評価を行い職員の要望等を確認しています。携帯電話で相談できるメンタルヘルス相談窓口を外部委託しています。	
13	10	○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。	社内研修の他に、外部の講師を招きそれぞれの能力に応じた1年の研修プログラムを計画しスタッフ全員が参加できるようにしている。 定期的に外部講師が事業所を訪問し業務についての相談・アドバイス貰っている。	職員のスキル向上やモチベーションの向上を目的にオンラインセミナーで職員の育成に取り組んでいます。研修計画も作成し全職員を対象としたオンラインの法定研修を実施しています。認知症を専門として深く学ぶことができる「研修認知症介護実践者研修」の全員取得を目指し支援しています。	
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。	近隣の他事業所と連携を行い情報交換や利用者の紹介などを行っている。 社内では、定期的に全事業所と合同の研修を行っている。		
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。	入居前の相談や見学時に困っていることや不安・要望などを伺い本人が安心できるように説明をしている。 本人の不安を無くし信頼して貰えるように努めている。		

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。	入居前の相談や見学時に困っていることや不安・要望などを伺いどのような生活を望んでいるのかなどの把握に努めている。 実際に入居されている利用者の様子や声を聞いていただいている。		
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。	相談や見学時に生活面・健康面・経済面などの状況を伺い本人に適したサービスを家族と一緒に考え安心できるような関係構築に努めている。		
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。	生活を共にしていると意識しながら一方的な支援とならないように人生の先輩として私たちが支えて貰っているのだとの思いで接している。		
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。	家族に対し日々の暮らしの近況報告を行うことで、本人の様子を知っていただき家族として協力できることを考えている。		
20	11	○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。	家族の来訪や地域で暮らす知人・友人の訪問があったり、電話でのやり取りなど交流が途切れないようにしている。 地域カフェなどに参加し馴染みの人たちとの交流の場を提供している。	アセスメントなどから利用開始前の情報を得ています。長引くコロナ禍で友人などの来訪は少なく電話のやり取りが主になっています。地域交流室のヨガ教室やカフェで顔馴染みになった人が来訪しています。以前からの生活習慣で新聞購読や週刊誌を購入する人もいます。	

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。	利用者同士の性格や共通性を把握し、利用者同士でレク活動や談話などで楽しく過ごす時間が持てるようにしている。気の合うもの同士の交流が持てるようにしている。		
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。	サービス利用の期間中のみでの関わりではなく、終了後でも何か相談があれば気軽に声をかけて下さるように伝えている。		
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	12	○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情報や日々の関りの中から本人の思いや要望の把握に努めている。 意思疎通の困難な方には、家族からの情報と仕草や表情からくみ取るようにしている。	利用者の生活歴の聞き取りから、野菜の下ごしらえや詩集購入などが実現しています。ピアノ伴奏に合わせて失語症の人が唱歌を歌った場面もあり、本人の思いや意向を確認して「まずやってみましょう」をモットーに利用者の可能性を引き出しています。	
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。	入居前にご家族からの聞き取りやアセスメントシートを用意・記入していただき、それらの情報からこれまでの暮らしの様子を把握できるようにしている。 入居後も新たな情報や気づきなど情報を共有している。		
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。	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、生活の様子から身体状態の変化や出来ることや出来ないことを見極め現状の把握に努めている。		

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
26	13	○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。	本人や家族の意見を取り入れて、スタッフの意見やケアについて話し合いを持ち、主治医・看護師・薬剤師・歯科医・マッサージ師からの意見も反映しケアプラン作成に活かしている。	医療従事者からの体調維持やリハビリへのアドバイスを得て、家族の意向やサービス内容の確認を行い、プランに位置付けています。3ヶ月ごとのモニタリングでは、実施状況、満足度、達成度などを評価した上で、ケアプランを更新しています。	
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。	本人や家族の意向を確認しながら対応している。 長く利用していた馴染みの訪問歯科の継続利用や身体状況の変化から訪問マッサージ・福祉用具の導入で連携を取り本人にとってより良い支援となるように考えている。		
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地域の方から協力とアドバイスをいただいている。 包括・病院・薬局・町会・友人・知人などの連携で個々の暮らしを支えるようにしている。 地域の方に施設内の園芸活動や地域カフェの運営を任せている。		
30	14	○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回の訪問診療・週1回の医療連携や訪問歯科、又24時間体制で医療と連携している。定期的な専門医への外部受診は家族の協力を頂いている。対応できない場合はスタッフが同行している。	協力医療機関の24時間対応体制があり、安心を得ています。月2回の訪問診療、週1回の看護師、歯科医の定期訪問があります。受診内容や処方薬変更を医療連携ノートに記載し、職員間で共有しています。訪問マッサージを利用して、健康増進に役立っている人もいます。	

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
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。	看護師との連携を行い、週1回の訪問では日常の様子、体調に関する報告や疑問や相談が行える。 利用者の身体状況に応じて看護医療が受けられるようにしている。 必要時には主治医に繋げ健康管理に努めている。		
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の提供をしている。 入院中は病院関係者や家族から、最新の状況を聞き取り、情報の共有を行い退院後の適切なケアに努めている。		
33	15	○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。	重度化した場合や終末期の対応について契約時に説明している。 実際に重度化・終末期の段階になった場合は、家族や医療と連携を密に行い本人や家族にとって最善の対応を考えている。	契約時には重度化や終末期についての指針を説明し、事業所ができることとできないことを利用者と家族に伝えていきます。利用者の状態変化の都度、揺れ動く家族の気持ちに寄り添いながら支援の方向性を検討し、看取りケアを行っています。	
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。	日中・夜間の緊急時マニュアル・事故発生時のマニュアルに沿って対応できるようにしている。 事務所には関係機関の連絡先や緊急連絡時に慌てないように、電話横に連絡の流れを提示している。		
35	16	○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。	BCPの策定を行いBCPについての研修も実施している。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。 利用者の身体状況(車椅子・杖使用・歩行困難など)に応じた対応もできるように情報の共有をしている。	年2回の避難訓練に地域の人への参加を呼びかけ、実現につなげています。来年度から義務化となる事業所のBCP(事業継続計画)策定を終え会議での読み合わせを通して、職員への周知を図っています。食料、飲水、備品などは備蓄リストを作成して管理しています。	

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	17	○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。	利用者の権利・人権を意識して目上の方として敬い、適した言葉かけや接し方を心がけている。 定期的に接遇やプライバシー保護について研修をしている。	年長者への尊敬の気持ちを大切にしながら、利用者の生活歴の把握に努め、一人ひとりに応じた言葉かけや対応を行っています。入浴や排泄時では、羞恥心への配慮を怠らない支援に努めています。利用者の立場を自分に置き換えることで、日頃のケアを振り返っています。	
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。	利用者が思いを表現でき、自己決定ができる環境作りに努めている。 表現が困難方には言動や表情から汲み取り代弁している。 スタッフ間で決めたことを押し付けないようにしている。		
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。	利用者の好きなこと・苦手なことなどを把握し、レクリエーションや作業を提供させていただいているが無理強いはしていない。読書・新聞を読む・テレビ鑑賞など本人のペースで居室で過ごす時間も持っている。		
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。	利用者の好みやこれまでの生活習慣を尊重しながら、季節や場所、時間に適した衣類の選択や助言をしている。 希望に合わせたカットをしてもらっている。		
40	18	○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。	本人の能力に応じた食事の準備や片付けなど手伝えることを無理のない程度に行っている。 食事形態は個々に合わせて提供している。時には利用者と一緒に手作りおやつを楽しんでいる。	野菜の下ごしらえ、盛り付け、テーブル拭きなど、利用者は役割を持って食事時間を過ごしています。近隣農家から差し入れのサツマイモでスイートポテト作るなどの楽しみもあります。行事食のメニューは、利用者と職員が話し合いながら選んでいます。	

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。	食事や水分量は記録に残し把握し、適切な支援を行っている。個々に合わせた食事の提供(ミキサー・刻み食など)。水分が進まない方には、好まれる飲み物やゼリーの提供の工夫をしている。必要な方には、高カロリー飲料を提供している。		
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。	毎食後自立度に合わせて口腔ケアを行っている。定期的に来ていただいている訪問歯科に口腔ケアについての指導や助言をいただいている。必要な方には治療が受けられるようにしている。		
43	19	○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。	記録を基に、個々に合わせたタイミングで声かけでトイレで排泄ができるようにしている。意思表示ができない方には本人からするサインを見逃さないようにしている。	個別ケアの記録にはタブレットを使用し、排泄間隔や状態などを把握しています。トイレでの排泄を大切に考え、尿意や便意の何となく落ち着かない徴候へ細やかに対応しています。利用者の状態を見極めながら、布パンツへの改善も試みています。	
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。	記録から排便の有無を確認している。水分摂取の工夫や体操など体を動かす機会を作り便秘の改善に努めている。必要な方には医療と連携をしている。		
45	20	○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。時間は決めていない。季節に応じた冷暖房の使用で温度差を無くし体調変化に気を付けている。個々の身体状況に応じてシャワーチェアやリフトを用意している。	入浴の間隔は2～3日に1回、全身状態の確認も行っています。排泄の汚れには随時対応しています。入浴支援を利用者と職員が1対1になれる貴重な時間として捉え、ゆったりとくつろいだ気分の中で、日頃言い出せない思いや悩みを聞き取っています。	

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。	個々の生活リズムを尊重し、一人ひとりの体調に合わせて日中に休息がとれるようにしている。日々のレク活動などから夜間の安眠に繋がれるようにしている。 居室の室温や照明の採光に配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	訪問診療時に処方していただきしており、薬については担当薬剤師がセットしている。 スタッフが1日分の薬のセットから服薬・確認までをチェック表を用いて行っている。薬の説明書をタブレットから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。	個々の能力に応じて役割を持って貰っている。 得意分野(家事活動・作業など)生活に張り合いを持つことで余暇活動が楽しみの時間となるようにしている。		
49	21	○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。	地域連携室で行っている地域カフェや体操教室にも参加できるようになっている。 家族との外出をしていただいている。	コロナ5類移行となり、状況を見極めながら試行錯誤しています。家族が通院に付き添った際、外食を楽しむ人もいます。玄関前で花々を愛でながら外気浴をしたり、併設の地域連携室でヨガや体操に励んで、リフレッシュする機会もあります。	
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。	家族の了解の基、基本的に施設で管理しているが、本人の希望に応じ必要な物を購入している。		

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。	電話は自由に使用できるようにしており、求めに応じ対応している。携帯電話を所持している方も自由に電話できるようにしている。ラインを通してテレビ電話の活用も行っている。		
52	22	○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。	リビングの照明や採光の調整、又温度・室温計で確認し適切な温度や室温が保てるようにしている。リビングの壁には行事の写真付きのお便りや季節の飾りつけなどで季節を感じていただく工夫をしている。	事業所内は装飾品や飾り付けを極力抑え、落ち着いて過ごせる空間となっています。掃除が行き届き、大型の空気清浄機や加湿器を作動し、清潔ある空間となるように心がけています。また、利用者がモップをかける時もあります。利用者の絵画や書道の作品やタペストリーが和らぎのポイントとなっています。	
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。	共有空間であるリビングにソファやテーブルを配置しくつろげる空間を作っている。一人でも数人でも思い思いに過ごせるように工夫している。利用者の身体状況に応じて配置を変えている。		
54	23	○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。	本人や家族と相談して使われていた馴染みのものを持ってきていただくことで居心地の良い空間作りをしている。家具の配置は本人や家族と相談しながら考え、身体状況の変化に応じて変更し安全性に配慮している。	居室には家族の写真、仏壇や位牌、書籍、手づくり作品などを持ち込み、利用者がひとりになってくつろげる居場所となっています。入居前の住環境を聞き取り、意向を確認しつつ、ベッドから布団への変更や、家具の配置替えにも応じています。	
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変化に応じた福祉用具（杖・車椅子・ポータブルトイレ・エアーマットなど）の使用や居室やトイレなどに分かりやすいように名前を表示している。		

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。	法人の理念や事業所の目指す目標と行動指針などを玄関や各フロア事務所に提示しスタッフ全員が共有できるようにしている。		
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。	併設している“地域連携室いくたの丘”を地域の皆様に無料開放しており多くの皆様が利用されている。 近所の方が、ボランティアとして、施設の玄関先の花を季節ごとの植え替えや水やりなどしてくださっている。		
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頂き、認知症や施設への理解を求めている。 併設している地域連携室“いくたの丘”を会合、趣味活動の場、麻雀・体操教室などに使用頂いており、地域カフェや子ども食堂も行っている		
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。	包括・町会・民生委員・地域住民・他介護事業者など多方面から参加いただき、現状報告と情報交換を行いサービスの向上の努めている。		
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。	生活保護者や低所得者の受け入れや相談などの連携をしている。 地域みまもり支援センター 地域支援課と連携を行っており定期的にZOOMでの研修に参加している。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等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基に理解と共有を図り「身体拘束ゼロの取り組み」を玄関に掲げている。 定期的にカンファレンスを行い、2か月に1度開催している身体拘束適正化委員会で報告している。		
7	6	○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。	高齢者虐待防止法の周知と、マニュアルに基づいて定期的な研修と報告する機会を設け全スタッフと共有をしている。 定期的に研修も行ってる。虐待防止検討委員会を設置している。		
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に支援している。	現在後見人制度を利用されている方がいる。 今後必要と思われる方に向けて情報が発信できるように後見人制度について研修の機会を設けている。		
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。	契約書・重要事項説明書に基づいた十分な説明を行い納得できるように努めている。 特に利用料金や家族協力や重度化についての対応や医療連携体制など説明を行っている。		
10	7	○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。	家族とのやり取りの中で意見や要望をお聞きしている。利用者からは日々の会話の中から意向や要望を聞き取るようにしている。 スタッフも内容の共有を行い運営やケアに繋げている。		

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
11	8	○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。	日頃からミーティングや申し送りの中で、スタッフからの意見や要望などを聞く機会を作り働きやすい環境やケアに反映している。 必要時には、管理者から本社に繋げている。		
12	9	○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。	正社員やパート社員に関係なく資格取得に向けて支援を行いスキルアップができるようにしている。働く上での悩み事が相談できる“メンタルヘルス相談”を外部と連携を行い窓口を設けている。		
13	10	○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。	社内研修の他に、外部の講師を招きそれぞれの能力に応じた1年の研修プログラムを計画しスタッフ全員が参加できるようにしている。 定期的に外部講師が事業所を訪問し業務についての相談・アドバイス貰っている。		
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。	近隣の他事業所と連携を行い情報交換や利用者の紹介などを行っている。 社内では、定期的に全事業所と合同の研修を行っている。		
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。	入居前の相談や見学時に困っていることや不安・要望などを伺い本人が安心できるように説明をしている。 本人の不安を無くし信頼して貰えるように努めている。		

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。	入居前の相談や見学時に困っていることや不安・要望などを伺いどのような生活を望んでいるのかなどの把握に努めている。 実際に入居されている利用者の様子や声を聞いていただいている。		
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。	相談や見学時に生活面・健康面・経済面などの状況を伺い本人に適したサービスを家族と一緒に考え安心できるような関係構築に努めている。		
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。	生活を共にしていると意識しながら一方的な支援とにならないように人生の先輩として私たちも支えて貰っているのだとの思いで接している。		
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。	家族に対し日々の暮らしの近況報告を行うことで、本人の様子を知っていただき家族として協力できることを考えている。		
20	11	○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。	家族の来訪や地域で暮らす知人・友人の訪問があつたり、電話でのやり取りなど交流が途切れないようにしている。 地域カフェなどに参加し馴染みの人たちとの交流の場を提供している。		

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
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共通性を把握し、利用者同士でレク活動や談話などで楽しく過ごす時間が持てるようにしている。気の合うもの同士の交流が持てるようにしている。		
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。	サービス利用の期間中のみに関りではなく、終了後も何か相談があれば気軽に声をかけて下さるように伝えている。		
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	12	○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情報や日々の関りの中から本人の思いや要望の把握に努めている。意思疎通の困難な方には、家族からの情報と仕草や表情からくみ取るようにしている。		
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。	入居前にご家族からの聞き取りやアセスメントシートを用意・記入していただき、それらの情報からこれまでの暮らしの様子を把握できるようにしている。入居後も新たな情報や気づきなど情報を共有している。		
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。	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、生活の様子から身体状態の変化や出来ることや出来ないことを見極め現状の把握に努めている。		

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
26	13	○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。	本人や家族の意見を取り入れて、スタッフの意見やケアについて話し合いを持ち、主治医・看護師・薬剤師・歯科医・マッサージ師からの意見も反映しケアプラン作成に活かしている。		
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。	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。	本人や家族の意向を確認しながら対応している。身体状況の変化から訪問マッサージ・福祉用具の導入で連携を取り本人にとってより良い支援となるように考えている。		
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地域の方から協力とアドバイスをいただいている。包括・病院・薬局・町会・友人・知人などの連携で個々の暮らしを支えるようにしている。地域の方に施設内の園芸活動や地域カフェの運営を任せている。		
30	14	○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回の訪問診療・週1回の医療連携や訪問歯科、又24時間体制で医療と連携している。定期的な専門医への外部受診は家族の協力を頂いている。対応できない場合はスタッフが同行している。		

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
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。	看護師との連携を行い、週1回の訪問では日常の様子、体調に関する報告や疑問や相談が行える。 利用者の身体状況に応じて看護医療が受けられるようにしている。 必要時には主治医に繋げ健康管理に努めている。		
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の提供をしている。 入院中は病院関係者や家族から、最新の状況を聞き取り、情報の共有を行い退院後の適切なケアに努めている。		
33	15	○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。	重度化した場合や終末期の対応について契約時に説明している。 実際に重度化・終末期の段階になった場合は、家族や医療と連携を密に行い本人や家族にとって最善の対応を考えている。		
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。	日中・夜間の緊急時マニュアル・事故発生時のマニュアルに沿って対応できるようにしている。 事務所には関係機関の連絡先や緊急連絡時に慌てないように、電話横に連絡の流れを提示している。		
35	16	○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。	BCPの策定を行いBCPについての研修も実施している。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。 利用者の身体状況(車椅子・杖使用・歩行困難など)に応じた対応もできるように情報の共有をしている。		

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	17	○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。	利用者の権利・人権を意識して目上の方として敬い、適した言葉かけや接し方を心がけている。 定期的に接遇やプライバシー保護について研修をしている。		
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。	利用者が思いを表現でき、自己決定ができる環境作りに努めている。 表現が困難方には言動や表情から汲み取り代弁している。 スタッフ間で決めたことを押し付けないようにしている。		
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。	利用者の好きなこと・苦手なことなどを把握し、レクリエーションや作業を提供させていただいているが無理強いはしていない。読書・新聞を読む・テレビ鑑賞など本人のペースで過ごす時間を持っている。		
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。	利用者の好みやこれまでの生活習慣を尊重しながら、季節や場所、時間に適した衣類の選択や助言をしている。 希望に合わせたカットをしてもらっている。		
40	18	○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。	本人の能力に応じた食事の準備や片付けなど手伝えることを無理のない程度に行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。		

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。	食事や水分量は記録に残し把握し、適切な支援を行っている。個々に合わせた食事の提供(ソフト食・刻み食など)。水分が進まない方には、好まれる飲み物やゼリー、必要な方には、高カロリー飲料を提供している。		
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。	毎食後自立度に合わせて口腔ケアを行っている。定期的に来ていただいている訪問歯科に口腔ケアについての指導や助言をもらっている。必要な方には治療が受けられるようにしている。		
43	19	○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。	記録を基に、個々に合わせたタイミングで声かけでトイレで排泄ができるようにしている。意思表示ができない方には本人からでるサインを見逃さないようにしている。		
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。	記録から排便の有無を確認している。水分摂取の工夫や体操など体を動かす機会を作り便秘の改善に努めている。必要な方には医療と連携をしている。		
45	20	○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。時間は決めていない。季節に応じた冷暖房の使用で温度差を無くし体調変化に気を付けている。シャワーチェアやリフトを用意している。		

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
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、一人ひとりの体調に合わせて日中に休息がとれるようにしている。日々のレク活動などから夜間の安眠に繋げられるようにしている。 居室の室温や照明の採光に配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	訪問診療時に処方していただき、薬については担当薬剤師がセットしている。 スタッフが1日分の薬のセットから服薬・確認までをチェック表を用いて行っている。薬の説明書をタブレットから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。	個々の能力に応じて役割を持って貰っている。 得意分野(家事活動・作業など)生活に張り合いを持つことで余暇活動が楽しみの時間となるようにしている。		
49	21	○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。	地域連携室で行っている地域カフェや体操教室にも参加できるようになっている。 家族との外出をしていただいている。		
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。	家族の了解の基、基本的に施設で管理しているが、本人の希望に応じ必要な物を購入している。		

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。	電話は自由に使用できるようにしており、求めに応じ対応している。		
52	22	○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。	リビングの照明や採光の調整、又温度・室温計で確認し適切な温度や室温が保てるようにしている。 リビングの壁には行事の写真付きのお便りや季節の飾りつけなどで季節を感じていただく工夫をしている。		
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。	共有空間であるリビングにソファやテーブルを配置しくつろげる空間を作っている。一人でも数人でも思い思いに過ごせるように工夫している。 利用者の身体状況に応じて配置を変えている。		
54	23	○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。	本人や家族と相談して使われていた馴染みのものを持ってきていただくことで居心地の良い空間作りをしている。 家具の配置は本人や家族と相談しながら考え、身体状況の変化に応じて変更し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。	一人ひとりの身体状況変化に応じた福祉用具（杖・車椅子・ポータブルトイレ・エアーマットなど）の使用や居室やトイレなどに分かりやすいように名前を表示している。		

2023年度

事業所名

作成日： 令和 5 年 2 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間
1	16	災害が起きた時にどう動けるかが不安	BCPの計画に基づいて、スタッフ全員に定期的な見直しと周知を徹底する	災害が起きたと想定し、訓練を定期的 に実施（停電・断水等を想定） スタッフの動きを確認、見直しを行う	6ヶ月
2	16	来年度から義務化される感染症の予防 及び蔓延防止対策についての取り組み が不足している	感染症対策の一環として、座学だけ ではなく実際にシュミレーションで体験 する	座学の研修は継続し、実際起きたと想 定してスタッフで実技研修を定期的 に行う（ノロウイルスやコロナ等）	6ヶ月
3				感染予防品の見直しと配置場所の周知	6ヶ月
4	8	個別ケアに向けて取り組みを見直し	利用者のやりたいこに目を向けて実現 できるように支援していく	本人との関わりの中から見つけてい き、家族も巻き込み協力できる体制を 作っていく	6ヶ月
5					ヶ月