

2024（令和6）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6年10月19日	評価結果 市町村受理日	令和7年2月25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、夜になると都心の綺麗な夜景を眺める事が出来る場所にあります。
当施設は、小規模多機能型介護サービスが併設されております。隣には広い地域連携室があり、【いくたの丘】と名付けられ多くの地域の皆様に活用いただいております。体操教室、麻雀教室、習字教室、ボッチャ教室などサークル活動、会合、パン販売、地域カフェ、子ども食堂など幅広く活用いただいております。
入居されている利用者様も地域カフェや体操教室に参加される機会を持っています。地域カフェや子ども食堂へは地域の多くの皆様のボランティア活動の場となっています。様々な活動を通して地域の皆様との繋がりが持て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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年11月20日	評価機関 評価決定日	令和7年2月5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、または「百合ヶ丘」駅から小田急バスで「原店前」下車、徒歩9分の新宿副都心も見渡せる丘の上に18名の利用者が暮らしています。建物の構造は軽量鉄骨造りの2階建てです。同一法人運営の小規模多機能型居宅介護事務所、NPO法人運営の地域連携室を併設しています。
<優れている点>
家族会や運営推進会議で、認知症や介護度の基本的な質問が多く、その都度詳しく説明しています。管理者自身が講師の資格を取得し、併設する地域連携室で認知症サポート養成講座の開催を予定しています。基本的な認知症の症状、その誘因、対応などについて理解を深め、将来的には地域全体でサポートが出来る体制づくりも目指しています。地域密着型サービスの事業所として、職員一同がその存在意義や社会的役割を認識し、事業所の専門性を活かした取組みに日々努めています。来年早々の第一回目の講座開催に向けて準備を進めています。
<工夫点>
三度の食事配膳では、まず箸を先にセットし、次に献立を配膳していきますが、出したものから自由に食べ始める利用者も少なくありません。事業所では、どんな作法であっても口から美味しく食べる意欲を優先し、食べる意欲から全身の健康の維持・促進に繋げる支援に努めています。

【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 ～ 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。	法人の理念や事業所の年間目標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。	法人の理念は「入居者、家族とスタッフが信頼関係を結べる介護を目指す」としています。法人の理念を基に事業所の思いや年度ごとの目標を職員全員で策定し、全職員が同じ意識を持ちながら日々の支援に携わっています。今年度は「認知症の理解」とし、職員はもとより、家族や運営推進会議の出席者に対し、認知症の基本的理解を進めています。		
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に開放しており、多くの皆様が活用している。 施設の玄関先の花を季節ごとに植え替え管理している。 自治会へ加入	事業所は2ヶ所の自治会にまたがり、両方の自治会員が地域連携室を拠点としたサークル活動や月1回開催のカフェやパンの販売などを利用しています。地域連携室の毎月のスケジュールは満載で、利用者もその日の状態に応じて参加し、気分転換や五感の刺激を得ています。		
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。	運営推進会議に、地域の皆様に参加いただき施設や認知症の理解を求めている。 地域連携室いくたの丘を無料開放し会合、趣味活動、地域カフェ、子ども食堂など様々な活動の場としている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	包括、自治会、民生委員、他の介護サービス事業者、地域住民など多方面から参加いただいている。 現状報告と情報交換を行いサービスの向上に努めている。	運営推進会議には、2ヶ所からの自治会々長や役員、民生委員、地域包括支援センター職員など、毎回10名近くが参加しています。事業所の現状報告や地域の情報交換を行うよい機会としています。会議では、認知症や介護度の基本的な質問も多く、来年早々に認知症サポーター養成講座を開催する予定です。	認知症の正しい理解があつてこそ、次の発展につながるとする管理者の考えは、グループホームが意図する社会的役割を実践に結び付けています。引き続き認知症の理解と周知の推進が期待されます。	
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。生活保護者や低所得者の受け入れや相談をしている。	多摩区生活保護課や高齢者支援課など、利用者に関連する行政先とは、密接に連携をしています。また、行政主催の研修をZOOMで受講しています。事業所で開催する研修会用に資料やDVDの貸出などの協力を得ています。		

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、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。	「身体拘束等適正化のための指針」の整備・「身体拘束の廃止に関する理念」を明確にしています。毎月テーマごとに研修を行い、報告書とテストで理解度を確認しています。定期的に開催する委員会の内容を職員間で共有し、身体拘束をしないケアについて正しい理解と認識を深めています。	
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。 虐待防止検討委員会を設置している。	虐待や不適切なケアを未然に防止するため、「5つの要因」とする組織運営・チームアプローチ、ケアの負担、倫理観としてのコンプライアンス、ストレスと組織風土を挙げ、職員に負担のかからない就労環境に努めています。また、何気なく使ってしまうスピーチロックを職員間で話し合い、言葉の置き換え表の作成を検討しています。	
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。	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しっかりと説明を行っている。		
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。 スタッフも情報の共有を行い運営やケアに繋げている。	意見や要望は毎月のお知らせや訪問時に必ず聞きとり、できる限り要望に添えるようにしています。本人の意向などは、日常的な関わりから読み取っています。本人の要望は、天ぷら丼やホットケーキなど食に関することが多く、食べたいものを聞いて提供しています。職員は要望を共有して見守り、必要な時に手助けする支援を行っています。	

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
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。 定期的に社長面談を行っている	職員の気づきやアイデアを柔軟に聞き入れ、支援に反映しています。職員が医療関係者と相談の上、透析の利用者の水分補給や高タンパク質の摂取に高カロリーゼリーやゆで卵を提供しています。現在は、口から食べられるようになり、回復の兆しが見えています。	
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。	職員のスキルアップに全面的なバックアップ体制を整えています。年1回、代表者との面談が行われ、現場の職員の思いを汲み取り、働きやすい就業環境に反映しています。また、メンタル面で悩むことがあれば、直接外部の専門家に連絡することもできます。	
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。 必要時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。	法人が提携しているオンラインでの人材育成研修制度を利用しています。年間を通して全職員受講の法定研修、本人希望の研修、キャリアアップ研修、外部講師による研修など、多岐にわたって研修の場を確保しています。受講者のシフト調整を行い、希望の研修が受けられるように配慮しています。	
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。	家族に対し写真でのお便りをお送り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。 定期的に家族会の開催。		
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。	利用者のほとんどが地元住民の為、併設の地域連携室や隣接している小規模多機能事業所を利用する友人知人が訪れる時もあります。また、事業所は家族との絆を大切にしており、外出や外泊の制限も緩く、利用者には楽しい思い出をたくさん作ってもらうことを第一としています。	

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の関りではなく、終了後でも本人の様子や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。	多くの利用者は、散歩や家に帰りたいという外出希望や、甘いものや好きな物を食べたいなど食べ物の希望です。併設している地域連携室でカフェやパンを購入したり、また家族との外出や、通院帰りに外食を提案したり、利用者の思いが実現して楽しく暮らせるよう努めています。	
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。	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身体状況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。	毎日の生活の中での利用者の変化や気づきは「10分間ミーティング」としてその場で話し合います。課題をケース検討会議で話し合い、利用者の気持ち、家族の意向を聞きながら、今の生活が維持でき、自分らしく生活出来ることを大切にしたいプランを作成しています。	
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われず、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ヨガ教室の利用や身体状況の変化から訪問マッサージ・福祉用具の導入の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・自治会・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。	殆どの利用者は事業所の協力医療機関を主治医として、内科・精神科の医師の訪問診療を受けています。診療後、主治医、薬剤師、職員でカンファレンスを行い、薬のアドバイス、利用者の身体状況の情報を共有し、健康に気を付けながら安心して生活できるよう支援しています。	

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。	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。	看取りと判断された場合、改めて主治医は家族と話し合います。重度化により居室で過ごす時間が長くなるので、ドアは開けたままにし、人の気配を感じて寂しくないように配慮しています。職員の声かけや身体をさすってのスキンシップを心がけ、安心して最期が迎えられるよう支援しています。	
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。	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。	災害時は、出来る限り事業所に留まることとなっています。火災の時は2階ベランダの火元から遠い所で利用者に待機してもらい、救助を待つ訓練をしています。隣の駐車場を避難場所に利用できるという協力を得ています。近隣住民の一時避難場所として地域連携室を提供しています。沢山の簡易トイレや停電時に両手が見えるようヘッドライトを備えています。	火災時、外に避難した利用者の見守りを頼めるよう、今後、地域住民との助け合いの関係を築く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	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。	浴室の横にトイレを設置して、利用者が失禁した時、すぐ移動してシャワーで清潔にするなど、生活面で恥ずかしい思いをすることのないよう配慮しています。洋服を着替える時には、好みの服を自分で選び、出来るだけ自分で着替えて自立を促す支援をしています。		
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。	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。	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・テレビ視聴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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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。	管理者は「食べる事は生きる事」と考え、利用者の食べたいという意欲を優先しています。食事の時、配膳中でもすぐに食べ始める人もいますが、自由に美味しく食べることを大切にしています。透析に通い、食事量が減少した利用者について、医師と相談しながら、毎日ゆで卵などのたんぱく質食材を提供して、少しずつ元気になった事例もあります。		

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、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支援している。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をかけて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。	一人ひとりの排泄の習慣は異なり、日中はあまりトイレに行かなくても、夜間は多量の排尿がある人や、2時間毎にトイレに行く人もいます。その人のリズムをつかみその人に合ったパッドを選ぶことで、失禁や漏れを減らし、安心して生活出来るよう支援しています。排便の管理は、直後に小さな声で確認しています。	
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。	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。	脱衣所には、滑り止めマットを敷き、安全に入れるよう配慮しています。自分で決めた時間に、一人でシャワー浴をする人もいます。「お風呂」という言葉に拒否しても、風呂の湯を見たら、気持ちが変わる人など、利用者の習慣やこだわりに合わせ、ゆったりと楽しめるよう支援しています。	

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
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。	訪問診療時に処方していただきおり、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・外泊をさせていただいている。	併設している地域連携室を利用して、色々な教室に参加し、訪問販売のパンや乳酸菌飲料を購入し、地域社会と繋がりながら、普通の暮らしが出来るよう支援しています。定期的に自宅に帰ったり、家族と旅行に行ったり家族の協力を得て楽しめるよう支援しています。	
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。	家族了解の基、基本的には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おり、時には本人の求めに応じお渡しする事もある。		

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。	2階の広いベランダを利用して、正月は初日の出を拝み、夜は東京タワーの夜景を眺めるなど、高台にある事業所ならではの景色を楽しめるよう工夫しています。職員の声かけで体操をして体を動かしたり、毎朝夕、皮膚の乾燥予防の為に職員が利用者一人ひとりに保湿クリームを塗るなど、ゆったりと過ごす空間になるよう努めています。	
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。	自宅から使い慣れた家具や配偶者との思い出の写真を持ち込んでいます。使い慣れた椅子に座り、定期購読している新聞を読み、夜にはウイスキーを飲むなど、自宅にいた時と同じ生活が送れるよう支援しています。持ち物の少ない人には、事業所の物を置き、生活感が感じられるよう支援しています。	
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)の使用や居室内のベットや家具などの位置の変更をしている。居室やトイレなどに分かりやすいように名前を表示もしている。		

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。	法人の理念や事業所の年間目標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に開放しており、多くの皆様が活用している。 施設の玄関先の花を季節ごとに植え替え管理している。 自治会へ加入		
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。	運営推進会議に、地域の皆様に参加いただき施設や認知症の理解を求めている。 地域連携室いくたの丘を無料開放し会合、趣味活動、地域カフェ、子ども食堂など様々な活動の場としている。		
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。	包括、自治会、民生委員、他の介護サービス事業者、地域住民など多方面から参加いただいている。 現状報告と情報交換を行い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。	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。生活保護者や低所得者の受け入れや相談をしている。		

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
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しっかりと説明を行っている。		
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。 スタッフも情報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。 定期的に社長面談を行っている		
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。	家族に対し写真でのお便りをお送り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。 定期的に家族会の開催。		
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。		

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、終了後でも本人の様子や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身体状況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。 長く利用していた馴染みのヨガ教室の利用や身体状況の変化から訪問マッサージ・福祉用具の導入の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・自治会・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。		

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。	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・テレビ視聴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。		

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支援している。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をかけて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出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。 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。		

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・外泊をさせていただいている。		
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。	家族了解の基、基本的には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おり、時には本人の求めに応じお渡しする事もある。		

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おり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。		
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)の使用や居室内のベッドや家具などの位置の変更をしている。居室やトイレなどに分かりやすいように名前を表示もしている。		

2024年度

「結」ケアセンターいくた
作成日： 令和 7 年 2 月 18 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	3	値域密着型サービス事業所としての役割や認知症の理解をとおして、職員、家族、地域への周知が徹底出来ていない	定期的な認知症の理解の為の研修、家族会での情報交換、認知症サポーター養成講座の定期開催	・スタッフ向けの研修を定期的を実施 ・定期的な家族会の開催 ・認知症サポーター養成講座の計画と実施	12ヶ月
2	35	避難訓練の色々な場面を措定した対応を明確にしていない	地域住民への協力を明確にしていく	・防災訓練に地域住民参加の声掛け ・運営推進会議で提案を行い助言を貰う ・BCPの定期見直し	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月