

2025（令和7）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	1494200064	事業の開始年月日	平成29年4月1日
		指定年月日	平成29年4月1日
法人名	株式会社 日本ライフケア		
事業所名	「結」ケアセンターえびな		
所在地	(243-0419) 神奈川県海老名市大谷北4-12-27		
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7年6月3日	評価結果 市町村受理日	令和7年8月12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）】

家庭的で自然な雰囲気になるように心掛けています。施設は目の前に畑があり静かな住宅街の中で、散歩などもゆっくりできています 季節ごとにフロアの飾り付けをして、花の植え替えや行事をおこなってます。イベントではお弁当やお寿司を提供することもあり 外出レクには力をいれてます
ご家族ともLINEで繋がっている為 常に近況報告をして 意見や要望の交換をしています。
職員は報告、連絡、情報の共有を大事にして、疑問や不満なことがあれば いつでも相談できる体勢をとっています
人員は足りていないが職員同士 協力して仕事をしています

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橘1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和7年6月28日	評価機関 評価決定日	令和7年7月20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）】

<優れている点>
職員の成長を促し、チームとして利用者を支援する体制づくりに努めています。この実現のため、職員を巻き込んだ目標設定と振り返りの仕組みを構築しています。年1度、事業所の理念を職員全員で策定しています。職員一人ひとりが自分の目標を付せんに書き出し、職員全員で共有し集約しています。また、半年に1度、事業所の課題に関する振り返りや意見を募り、それを集約して具体的な支援に反映させるPDCAサイクルを実践しています。これにより、職員の目標達成に向けた主体的な関与を促し、日々の行動につながる目標設定はサービスの質向上に寄与しています。事業所の理念を抽象的なものに留めず、日々の具体的な行動に落とし込むための機能として活用し、職員間の情報共有と課題解決への意識にもつなげています。例えば、酷暑における散歩などの外出支援の際の、熱中症アラートの基準策定に向けた話し合いでは、利用者の安全確保と適切なケア提供になっています。連絡ノートやSNSのチャット機能を活用した情報共有も徹底し、利用者の状態変化への迅速な対応体制を整備しています。

<工夫点>
外傷発見時の「外傷報告」と、その後の家族への電話、SNS、口頭などの連絡方法および担当者を明確にし、利用者と家族の信頼関係構築に努めています。

【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」ケアセンターえびな
ユニット名	一階

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。	理念に基づき日々変化する利用者の状態を共有しケアに反映しており、職員間で意識的に振り返りを行っている。	社会人としてのマナー、チームでの連携、相手の立場に立つという3つの理念に基づいて運営しています。特に「相手の立場に立つ」ことは、利用者だけでなく、職員同士、家族、地域の人々に対しても意識しています。	
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。	外出や散歩では挨拶や短い会話をしています。自治会 町内会の行事にも参加 地域交流が作れるよう今後施設としてイベントなどを通じて試していきたい。	管理者だけでなく、職員も順番に地域行事に参加し、施設の情報を発信しています。なるべく散歩に出かけ、利用者が地域の住民だと意識できるようにしています。町内会の清掃活動にも参加しています。地域との連携を重視しているものの、現状ではまだ多くの課題があることを認識しています。	地域住民に施設の存在を知ってもらい、地域に根ざした「顔の見える」施設となることが期待されます。
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。	地域密着型施設としてもっと認識してもらえるように、地域高齢者の暮らしやその家族に対して認知症の相談等を受けられるよう準備をしていきたい。		
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。	隔月 自治会、市介護保険課、包括、近隣施設職員が参加。事故報告や最近の事例を取り上げ、意見、質問を双方向的に話し合いサービス向上につなげています。	事業所の報告のほか、自治会から得た地域行事の情報を共有し、夏祭りなどに出かけることで、地域とのつながりを深めています。また、他法人デイサービスの利用者が施設入居につながるケースもあり、地域内の横の連携を大切にする機会となっています。災害対策や事故報告、その後の改善策も共有し、施設の透明性を高めています。	認知症グループホームの強みを活かし他地域への発信が期待されます。
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。	施設内見学、利用者の他地域からの転居、消防関係の相談。市担当者とは運営推進会議や書類の提出で会うくらいですが、施設の考え方 業務の実態を知ってもらえるよう情報交換しています。	海老名市役所の介護保険課の職員が運営推進会議に毎回2名参加しています。市からの情報は、主にメールで注意喚起や研修のお知らせが提供されています。防災ラジオの配布も受けています。海老名市福祉協議会発信の「ラン伴」に参加予定です。	

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
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。	委員会や研修での話し合いで拘束についての認識を確認しています 身体的、精神的の問題を理解し不安材料を取り除けるよう話し合います 出入口の施錠にかんしては、まだまだ課題が残る。	利用者の「帰宅願望」については、抑え込まず、利用者の気持ちになって取り組んでいます。自宅からの習慣による、「新聞紙を倉庫にしまう」という習慣を抑え込むのではなく、「倉庫にしまいたい」という気持ちを尊重し、利用者の行動に寄り添っています。利用者が自宅の倉庫に新聞を運ぶことに付き添った事例もあります。	
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。	委員会 研修を行い、アザ 傷等は発見次第写真や記録に残し職員間で共有、原因を話し合い不適切なケアはなかったか検証。 また職員の疲労やストレスに関しても考えます。	入浴の際や更衣介助、就寝介助時に確認し、痣や傷などを発見した場合には「外傷報告」で報告しています。家族への連絡も、電話、SNS、口頭といった連絡方法や、どのスタッフが説明したのかを明確にしています。利用者や家族への安心と信頼を提供できるように努め、情報伝達の正確性と責任の明確化につなげています。	
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。	成年後見人を利用する方も増え接する機会が多くなりました、今後研修等でもっと制度について学ぶことが必要。		
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。	契約時に契約内容、重要事項の説明をして不明点 問題点を確認し納得いただいています。 利用者の状態に応じては他の施設を提案することもあります。		
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。	家族面会時にお話しする機会を設けている。なかなか面会に来れない家族にも手紙やLINEを通じて意見や要望を聞いています。 ケアプラン更新時にはなるべく家族が参加できるよう声掛けをしています。	入居時の情報収集だけでなく、面会時や意見が聞きやすい既読機能付きSNSアプリなどを通じて家族とのコミュニケーションを図っています。職員間で共有され、ケアプランに反映されています。また、緊急時の対応や看取りに関する意向など、重要な医療的判断においては、早急に家族へ連絡し、意向を確認しています。	

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	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。	会議や日頃のミーティング、個人面談を行い、利用者の変化、行事、設備関係、職員間トラブルなど 意見を言いやすい環境を作っています。	職員全員が事業所の目標設定に参加しています。職員一人ひとりが付箋を使用し、目標を可視化し発表する仕組みとなっています。当事者意識を高め、目標達成への貢献を促しています。また、推奨している利用者の毎日の散歩について、酷暑時における散歩の実施方法を職員間で課題として話し合いをしています。	地域行事の参加や、開催に向けて職員との話し合いが期待されます。
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。	現在職員不足もあり疲労やストレスには気をくばっています 半年ごとの職員評価に合わせて面接を行い、一人ひとり意見を聞き全体的に向上心を持って働けるよう配慮しています。	半年に一度の振り返り会議を行っています。職員全員が事業所の目標達成度や課題について意見を出し合い、それを管理者会議で共有し、次年度の目標設定に活かすことで、組織全体の改善と職員の主体的な関与を促しています。	
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。	外部法人による研修、社内OJTの活用、他事業所の事例や医療関係等からのアドバイスを活かし技術や知識を増やしていけるようにしています。	職員の自己評価を定期的実施し、面談を通じてフィードバックを行うことで、個々の成長を促しています。オールA評価の職員に対しても、具体的な行動の振り返りを促すなど、謙虚さを育む工夫もしています。	
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。	他施設とのネットワークを作り情報の交換できるよう努めています。同グループの事業所の取り組みは試してみ、良い点は実行しています。		
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。	本人の不安、要望を感じとり傾聴しながら、職員間で検討して試行錯誤しているが、すべては把握しきれない。		

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
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。	家族の現状、家族内の問題も含め利用者との関係性を理解できるよう観察して話し合います。		
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。	契約前は必ず本人と面談する機会を設け、他のサービスや施設も検討しながら支援や要望を話し合う。		
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。	利用者の気持ちに共感し共に過ごすという考えで、いつも穏やかでいられるよう努めています。		
19		○本人を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。	施設にお任せのご家族もいますが、近況を報告して意見や要望を聞き細かなことでも情報交換しています。		
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。	生まれ育った場所などを聞き話を広げます。 家族との外出は誕生日、お墓参り、車椅子でお花見に行かれる方もいます また親戚や知人の訪問もあります。	家族はもちろん、友人など多くの関係性が継続できるようにしています。以前働いていた時代の職場の後輩や、俳句の会など趣味の会の仲間が来訪し心地よく過ごしてもらえるように配慮しています。施設内での交流だけでなく、通院の付き添いなどを通してご家族との関わりを維持しています。	

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。	利用者同士の関係性を把握しトラブルが生じた際には間に入って様子をみま す。 場合によっては座席の変更やフロア の変更もあります		
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。	こちらから連絡する事は少なく相談が あれば対応してます。 特養等に移った場合はその後の経過が 気になるが情報は少ない。		
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	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。	ご家族との話し合いで情報を共有し趣 味や嗜好品、好きな食べ物など他の利 用者の迷惑にならない程度で提供。	入居後も、歌や俳句など、かつての趣味を継続 できるようにしています。特に歌は、普段無口 な人が声を出して歌うなど、趣味の継続から新 しい発見につながっています。昔の仕事や育っ た場所の会話を積極的に傾聴し、話を広げるよ うに努めています。また、会話が難しい場合にも、例えば動物の話をするなど、別の話題を提 供してコミュニケーションに努めています。	
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。	ご家族からは具体的な情報を聞き 既 往歴、生活パターン、など職員で共有 利用していたデイサービス等からも情 報をもらいます。		
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。	一日の生活リズムを把握し、体調や声 掛けに対する反応などでいつもと違っ た行動に注意する。		

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。	本人の意見 要望をふまえて職員、家族、医療関係等と話し合い、現在の状態に応じた計画を考えます。	フロア会議の中でのケース検討や、連絡ノートで日々職員間で情報を共有し、ケアプランに反映させています。例えば、失禁やふらつきの状況に応じて、センサー設置などの対策を検討しています。自立支援の度合いについて職員間で差が出ないように、日々の申し送りや会議で意見交換を行い、共通認識を持つよう努めています。	
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。	食事、水分、排泄、バイタルはタブレットで管理共有します。その他日々変わる気づきや変化は日誌に記入 申し送りをします。		
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。	本人や家族の要望には臨機応変に対応、好きな飲み物、パン食、お弁当など提供しています。		
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。	ボランティアの協力は検討中です。地域資源との関わりを持つ機会が少ないが、いずれは地域の人や場の力をかりたい。		
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。	かかりつけ医、看護師とは24時間体制で相談できる関係を築いている。必要に応じて皮膚科、脳神経、内科など受診の支援をしています。	医師、看護師、薬剤師などの外部の専門職と連携し、利用者の健康状態を管理しています。チャットシステムを使用し、嚥下、排泄、睡眠など利用者の具体的な状態変化を迅速に共有し、専門家からの助言を早期にケアに反映できています。	

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。	週一回の訪問時にはバイタル測定、排便、食事、水分量の確認、日常の変化を伝えます。急変時には医師と連絡を取れる体制にあり。傷やアザ等はチャットで写真を送り指示をうけている。		
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。	病院側には必要な情報を提供できる対応をとっており。治療法や経過を共有、かかりつけ医の意見を聞き看護師含め家族と今後について相談し方向性を決める。		
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。	重度化には事業所でできる対応を家族に説明し他の施設などの検討。終末期の利用者には早い段階から医師との面談を実施、今後の生活について話し合い、日々の状態を共有。	入居時に、高齢化による重度化のリスクや、突然の看取りの可能性について説明し、同意を得ています。終末期が近づいた際には、医師を交え、延命治療の有無や救急搬送の要否について再度家族と確認し、意向に沿った決定を行っています。体位交換や口腔ケアなど、身体的な苦痛を軽減するためのケアに注力しています。	
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。	訓練はしていないが事例やケースを想定して、急変、事故、救急搬送時の連絡手順を周知している。		
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。	年二回の避難訓練を実施、災害の種類にもよるが想定できることは話し合い重度の利用者への対応が冷静に対処できるか課題。自分が勤務してる時、していない時のマニュアルも必要。地域の方との関わりも大事。	災害対策においては、カセットコンロの導入など、これまでの経験を踏まえた具体的な備えを進めています。BCP(事業継続計画)研修を通じて、夜間や非常時の対応手順を具体化し、訓練の振り返りによって改善点を見つけています。	実践的な視点に基づいた業務継続計画訓練を期待されます。

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。	研修や会議等で尊厳、プライバシーに配慮した声掛けを心掛けている。 トイレ誘導、オムツ交換、入浴は利用者ごとに注意を払います。 個人情報外からは見えない場所に。	動画で電話対応や言葉遣いに関する研修を行っています。ホームでは、家族に近い関係性を築くために、状況に応じて敬語とくだけた言葉遣いを使い分けています。排泄ケアにおいては、利用者が罪悪感を抱かないよう、明るく大らかに接することを心がけています。	
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。	声掛けの中でその時の表情、反応を見ながら支援していますがまだまだ完璧ではないため試しながら行ってます。		
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。	一人ひとりのペースを大事に考え 朝の起床時間や朝食は希望によってパン食を提供。 自分の習慣を守るようにしている。		
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。	整髪、服の汚れはこまめに対応、カットや毛染めも希望により実施。 季節感のある服 衣替えをしています。 家族には服や履物その他購入をお願いする事もあります。		
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。	利用者の嚥下状態に応じて一口大、キザミ、ミキサー食で提供。 麺類や丼物もあり温かいものは温かく、盛り付けを手伝ってもらうこともあり、イベントではホットプレートを使って調理やおやつ作りをする事もあります。	イベント時など、果物の皮むきや一部の軽作業に、利用者にも参加してもらうように声かけをしています。季節のイベントや利用者のリクエストに応じて、ひな祭りのちらし寿司、お寿司の購入など特別食のメニューも取り入れています。	

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。	栄養バランスは食材会社の管理になります、食事量は本人の好みや体調により変わり、水分量は一日 1,200～1,500ccを目安にし 食事が摂りづらい方には栄養価の高いドリンクを処方してもらいます。		
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。	週一回の訪問歯科による口腔内のチェック、治療、指導を受けている職員は口腔ケアの見守り、手伝い 義歯の洗浄をしています。		
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。	排泄の記録をみてトイレ誘導や声掛けをしている、重度の方以外は可能なかぎりトイレでの排泄を支援。排便の感覚がない利用者が多く、下剤服用後は注意している。	排泄の感覚や頻度などをタブレットで記録し、職員間で情報共有しています。夜間帯はトイレ誘導する利用者や、家族の意向を確認し、睡眠優先の利用者には朝まで交換しないようおむつの工夫をしています。新人職員への指導や、経験者からの情報共有を通じて、個々の利用者に応じたおむつ交換の方法を実践しています。	
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。	排泄の確認、散歩や水分を多く摂ってもらい腹圧マッサージを実施。医師、看護師の指示で下剤の服用や調節を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本週二回の入浴で曜日の設定はしていますが、回数 時間の設定はしていません。冬場は入浴剤、入浴後は保湿クリームを塗ってます、拒否があった場合は時間をおいて再度声掛けをしたり別の職員による声掛けを試みます。車椅子の方はシャワーチェア使用。	利用者の羞恥心に配慮し、タオルで体を隠すなど安心して入浴できる工夫をしています。また、利用者が自力でできることは見守り、必要に応じて声かけを行うなど、自立支援とのバランスを考慮した介助を行っています。	

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。	睡眠は利用者によって異なり生活リズムにあわせて入床をうながします。眠前薬はひとによって効き方が異なるので夜間ふらつきや日中まで効果が残らないか注意し、医師に相談しています。		
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。	利用者の日々の状態、既往歴で何の薬を服用しているのか確認。新しい薬が処方されたときには特に副作用などに注意して観察しています。		
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。	今までの生活、趣味、仕事をもとにいろいろなレクに参加してもらい、興味を持ってやっているか観察 本人の楽しみを増やせるよう支援しています。		
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。	周辺の散歩、町内のイベント、花見（桜、バラ園、アジサイ等）季節にあわせての外出、四季の暑い寒いの体感も大事にしています。 せまい空間での生活で少しでも気分転換できるように考えています。	外出したい利用者には、まず傾聴を行い、気分転換のための散歩やレクリエーションを提供しています。長年の習慣である新聞を置くという目的をもって自宅に帰りたいと願った利用者を、職員が散歩に誘い、実際に自宅まで同行して目的を達成できたという事例もあります。雨天時や外出できない日には、音質の良い配信アプリを活用した歌体操や顔体操など、工夫したレクリエーションを提供しています。	
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。	お金を気にする利用者は数名いますがその都度 傾聴しています 買い物が発生した場合は家族と相談をして利用者と一緒に買い物に行くこともあります。		

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
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。	家族、知人からの電話や手紙は自由にしていただいています、利用者からの電話は家族の了承をえてから実施。利用者によっては面会、電話、手紙が不穩の原因になる可能性もあります。		
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。	飾り付けは月毎に変え利用者と作成して楽しんでいます。 ソファは外の様子が見えるよう設置 晴れの日には光が入り窓を開け換気、近所のネコも遊びにきます。 今後外部の方にも意見を聞けるようになっていきたい。	リビングや食堂は、利用者が互いに交流する場となっています。季節ごとのイベントや共同での活動を通じて、共同作業の楽しさや他者とのつながりを感じる機会としています。利用者が社会との接点を維持し、体操や脳トレ、塗り絵などのレクリエーションを取り入れ生活にメリハリと活力を得られ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。	限られた空間の中でストレスもたまりやすいが、自分の居室で休んだりテレビを観て過ごしています。 トラブルがあった場合は職員が間にはいります。		
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。	以前使用していた家具や写真などを持ち込まれています。 怪我や転倒の可能性がある利用者の場合は家具をクローゼット内に入れることもあり。転倒防止にセンサー、センサーマットを使用 活動量、認知の低下によって変わります。	入居時に、特に「これだけは持ってきてください」という強制はせず、利用者の好きなものを持参してもらっています。新品よりも使い慣れたものを持参してもらおうよう促すことで、利用者が自分のものだと思えるよう配慮しています。	居室でのおむつ交換時について、利用者が新聞紙を捨ててしまうケースへの対応などの対策を期待されます。
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、トイレに目印、表示をわかりやすく工夫、手すりの改善。 利用者の不安、混乱、失敗を少なくするような環境作りを職員で検討します。		

事業所名	「結」ケアセンターえびな
ユニット名	二階

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、生き生きと働いている。 (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。	理念に基づき日々変化する利用者の状態を共有しケアに反映しており、職員間で意識的に振り返りをしている。		
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。	外出や散歩では挨拶や短い会話をしています。自治会 町内会の行事にも参加 地域交流が作れるよう今後施設としてイベントなどを通じて試していきたい。		
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。	地域密着型施設としてもっと認識してもらえるように、地域高齢者の暮らしやその家族に対して認知症の相談等を受けられるよう準備をしていきたい。		
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。	隔月 自治会、市介護保険課、包括、近隣施設職員が参加。事故報告や最近の事例を取り上げ、意見、質問を双方向的に話し合いサービス向上につなげています。		
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。	施設内見学、利用者の他地域からの転居、消防関係の相談。 市担当者とは運営推進会議や書類の提出で会うくらいですが、施設の考え方 業務の実態を知ってもらえるよう情報交換しています。		

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、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。	委員会や研修での話し合いで拘束についての認識を確認しています 身体的、精神的の問題を理解し不安材料を取り除けるよう話し合います 出入り口の施錠にかんしては、まだまだ課題が残る。		
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。	委員会 研修を行い、アザ 傷等は発見次第写真や記録に残し職員間で共有、原因を話し合い不適切なケアはなかったか検証。 また職員の疲労やストレスに関しても考えます。		
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。	成年後見人を利用する方も増え接する機会が多くなりました、今後研修等でもっと制度について学ぶことが必要。		
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。	契約時に契約内容、重要事項の説明をして不明点 問題点を確認し納得いただいています。 利用者の状態に応じては他の施設を提案することもあります。		
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。	家族面会時にお話しする機会を設けている。 なかなか面会に来れない家族にも手紙やLINEを通じて意見や要望を聞いています。 ケアプラン更新時にはなるべく家族が参加できるよう声掛けをしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	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。	会議や日頃のミーティング、個人面談を行い、利用者の変化、行事、設備関係、職員間トラブルなど 意見を言いやすい環境を作っています。		
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。	現在職員不足もあり疲労やストレスには気をくばっています 半年ごとの職員評価に合わせて面接を行い、一人ひとり意見を聞き全体的に向上心を持って働けるよう配慮しています。		
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。	外部法人による研修、社内OJTの活用、他事業所の事例や医療関係等からのアドバイスを活かし技術や知識を増やしていけるようにしています。		
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。	他施設とのネットワークを作り情報の交換できるよう努めています。同グループの事業所の取り組みは試してみ、良い点は実行しています。		
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。	本人の不安、要望を感じとり傾聴しながら、職員間で検討して試行錯誤しているが、すべては把握しきれない。		

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
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。	家族の現状、家族内の問題も含め 利用者との関係性を理解できるよう観察して話し合います。		
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。	契約前は必ず本人と面談する機会を設け、他のサービスや施設も検討しながら支援や要望を話し合う。		
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。	利用者の気持ちに共感し共に過ごすという考えで、いつも穏やかでいられるよう努めています。		
19		○本人を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。	施設にお任せのご家族もいますが、近況を報告して意見や要望を聞き細かなことでも情報交換しています。		
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。	生まれ育った場所などを聞き話を広げます。 家族との外出は誕生日、お墓参り、車椅子でお花見に行かれる方もいます また親戚や知人の訪問もあります。		

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
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トラブルが生じた際には間に入って様子をみます。場合によっては座席の変更やフロアの変更もあります		
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。	こちらから連絡する事は少なく相談があれば対応しています。特養等に移った場合はその後の経過が気になるが情報は少ない。		
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	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。	ご家族との話し合いで情報を共有し趣味や嗜好品、好きな食べ物など他の利用者の迷惑にならない程度で提供。		
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。	ご家族からは具体的な情報を聞き 既往歴、生活パターン、など職員で共有利用していたデイサービス等からも情報をもらいます。		
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。	一日の生活リズムを把握し、体調や声掛けに対する反応などでいつもと違った行動に注意する。		

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。	本人の意見 要望をふまえて職員、家族、医療関係等と話し合い、現在の状態に応じた計画を考えます。		
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。	食事、水分、排泄、バイタルはタブレットで管理共有します。その他日々変わる気づきや変化は日誌に記入 申し送りをする。		
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。	本人や家族の要望には臨機応変に対応、好きな飲み物、パン食、お弁当など提供しています。		
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。	ボランティアの協力は検討中です。地域資源との関わりを持つ機会が少ないが、いずれは地域の人や場の力をかりたい。		
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。	かかりつけ医、看護師とは24時間体制で相談できる関係を築いている。必要に応じて皮膚科、脳神経、内科など受診の支援をしています。		

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
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。	週一回の訪問時にはバイタル測定、排便、食事、水分量の確認、日常の変化を伝えます。急変時には医師と連絡を取れる体制にあり、傷やアザ等はチャットで写真を送り指示をうけている。		
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。	病院側には必要な情報を提供できる対応をとっており、治療法や経過を共有、かかりつけ医の意見を聞き看護師含め家族と今後について相談し方向性を決める。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化には事業所でできる対応を家族に説明し他の施設などの検討。終末期の利用者には早い段階から医師との面談を実施、今後の生活について話し合い、日々の状態を共有。		
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。	訓練はしていないが事例やケースを想定して、急変、事故、救急搬送時の連絡手順を周知している。		
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。	年二回の避難訓練を実施、災害の種類にもよるが想定できることは話し合い重度の利用者への対応が冷静に対処できるか課題。自分が勤務してる時、していない時のマニュアルも必要。地域の方との関わりも大事。		

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。	研修や会議等で尊厳、プライバシーに配慮した声掛けを心掛けている。 トイレ誘導、オムツ交換、入浴は利用者ごとに注意をはらいます。 個人情報外からは見えない場所に。		
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。	声掛けの中でその時の表情、反応を見ながら支援していますがまだまだ完璧ではないため試しながら行ってます。		
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。	一人ひとりのペースを大事に考え 朝の起床時間や朝食は希望によってパン食を提供。 自分の習慣を守れるようにしている。		
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。	整髪、服の汚れはこまめに対応、カットや毛染めも希望により実施。 季節感のある服 衣替えをしています。 家族には服や履物その他購入をお願いする事もあります。		
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。	利用者の嚥下状態に応じて一口大、キザミ、ミキサー食で提供。 麺類や丼物もあり温かいものは温かく、盛り付けを手伝ってもらうこともあり、イベントではホットプレートを使って調理やおやつ作りをする事もあります。		

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。	栄養バランスは食材会社の管理になります、食事量は本人の好みや体調により変わり、水分量は一日 1,200～1,500ccを目安にし 食事が摂りづらい方には栄養価の高いドリンクを処方してもらいます。		
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。	週一回の訪問歯科による口腔内のチェック、治療、指導を受けている 職員は口腔ケアの見守り、手伝い 義歯の洗浄をしています。		
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。	排泄の記録をみてトイレ誘導や声掛けをしている、重度の方以外は可能なかぎりトイレでの排泄を支援。 排便の感覚がない利用者が多く、下剤服用後は注意している。		
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。	排泄の確認、散歩や水分を多く摂ってもらい腹圧マッサージを実施。 医師、看護師の指示で下剤の服用や調節を行っている。		
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。	基本週二回の入浴で曜日の設定はしていますが、回数 時間の設定はしていない。冬場は入浴剤、入浴後は保湿クリームを塗ってます、拒否があった場合は時間をおいて再度声掛けをしたり別の職員による声掛けを試みます。 車椅子の方はシャワーチェア使用。		

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の状況に応じて、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。	睡眠は利用者によって異なり生活リズムにあわせて入床をうながします。眠前薬はひとによって効き方が異なるので夜間ふらつきや日中まで効果が残らないか注意し、医師に相談しています。		
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。	利用者の日々の状態、既往歴で何の薬を服用しているのか確認。新しい薬が処方されたときには特に副作用などに注意して観察しています。		
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。	今までの生活、趣味、仕事をもとにいろいろなレクに参加してもらい、興味を持ってやっているか観察。本人の楽しみを増やせるよう支援しています。		
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。	周辺の散歩、町内のイベント、花見（桜、バラ園、アジサイ等）季節にあわせての外出、四季の暑い寒いの体感も大事にしています。せまい空間での生活で少しでも気分転換できるように考えています。		
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。	お金を気にする利用者は数名いますがその都度 傾聴しています。買い物が発生した場合は家族と相談をして利用者と一緒に買い物に行くこともあります。		

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
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。	家族、知人からの電話や手紙は自由にしていただけてます、利用者からの電話は家族の了承をえてから実施。利用者によっては面会、電話、手紙が不穩の原因になる可能性もあります。		
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。	飾り付けは月毎に変え利用者と作成して楽しんでます。 ソファは外の様子がわかるよう設置 晴れの日には光が入り窓を開け換気、近所のネコも遊びにきます。 今後外部の方にも意見を聞けるようになっていきたい。		
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。	限られた空間の中でストレスもたまりやすいが、自分の居室で休んだりテレビを観て過ごしています。 トラブルがあった場合は職員が間にはいます。		
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。	以前使用していた家具や写真などを持ち込まれてます。 怪我や転倒の可能性がある利用者の場合は家具をクローゼット内に入れることもあり。転倒防止にセンサー、センサーマットを使用 活動量、認知の低下によって変わります。		
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、トイレに目印、表示をわかりやすく工夫、手すりの改善。 利用者の不安、混乱、失敗を少なくするような環境作りを職員で検討します。		

2025年度

事業所名 「結」ケアセンターえびな
作成日： 2025年 8月 7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	運営推進会議への参加ご家族が少ない。	ご家族に向けて情報を発信する。	毎月のお知らせに載せる。 利用者様も積極的に誘う。	12ヶ月
2	2	地域との連携について 付き合いが少ない。	積極的に散歩や外出を取り入れる。	ボランティアさん受け入れ依頼や外部の方も気楽に立ち寄れるような行事、雰囲気作りを行う。	12ヶ月
3	12	利用者様一人ひとりの希望や思いに寄り添えているかどうか。	ケース検討や会議への参加を促し利用者様との会話を大切にする。	居室担当を復活させ 個別の活動を増やす。	12ヶ月
4					
5					