

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	1492200488	事業の開始年月日	平成25年9月1日
		指定年月日	平成25年9月1日
法人名	株式会社日本ライフケア		
事業所名	「結」ケアセンターふじさわ		
所在地	(251-0043) 神奈川県藤沢市辻堂元町6-3-8		
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11月30日	評価結果 市町村受理日	令和6年5月30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）】

- ・エビデンスに基づいた介護を実施する。
- ・事業所会議ではご利用者の話を中心にご利用者についての活発な話し合いが行われている。
- ・動画配信による体系的な研修制度が整っている。
- ・閑静な住宅街の中にあり、落ち着いた生活環境が整っている。

【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6年2月15日	評価機関 評価決定日	令和6年5月10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）】

ホームは「辻堂」駅から徒歩20分程、または「藤沢」駅からバスに乗り「ソニー前」より徒歩5分程の湘南T-SITEに隣接した閑静な住宅地にあります。浴室にリフトも配置し、重度化になっても安全に入浴できるように備えています。周辺の整備された遊歩道は利用者の散歩コースになっています。運営法人は県内でグループホームを中心に介護事業所や保育園を運営しています。

<優れている点>
職員全員が、人材育成メゾットのオンラインセミナーを無料で受講することができるほか、外部研修費用の補助制度整備し職員の資質向上に努めています。共有スペースには複数ヶ所にソファを設置し、利用者が思い思いの場所でゆったり過ごせるようにしています。利用者の残存能力維持や、認知症の進行を緩やかにすることを大切にしています。毎食前の「お口の体操」や、塗り絵、チラシを利用したごみ入れ作りを行うなど、嚥下機能や認知機能が維持できるよう取り組んでいます。訪問マッサージを受けている人も多くいます。正月の駅伝観戦や「辻堂南部市民の家」の祭りに出かけて地域の人との交流も行っています。

<工夫点>
ホームでは声楽科出身の職員によるウクレレ演奏と生歌披露の催しを開催しています。利用者のリクエストに応じて「ここに幸あれ」「昴」「また逢う日まで」などを一緒に歌うなど利用者の楽しみになっています。

【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」ケアセンターふじさわ
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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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る。 (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。	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、パンフレットなどに記載している。施設内に理念を掲示し常に確認できるようにしている。	法人理念を基に職員で作った目標「利用者目線に立ち、基本に忠実ケアを行う」を掲げ、事業所内に掲示して共有できるようにしています。管理者は折に触れ理念・目標の実践を職員に伝えています。入居して間もない利用者に朝食時間を遅らせている例もあります。	
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。	コロナにより、途絶えてしまった地域とのつながりを再構築しているが、コロナとの共存が難しいのが現状。自治会には加入している。	散歩時には積極的に挨拶を交わしています。近隣に住む建物オーナーから野菜のおすそ分けを貰ったり、正月の駅伝観戦や「辻堂南部市民の家」の祭りに出かけるなど地域交流に努めています。事業所内地域連携室を不登校の保護者の交流の場として提供したこともあります。	
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。	地域連携室で研修開催・税務相談会など検討していたがコロナで実施できず。不登校の子ども達が遊びに来る交流を数回行った。		
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。	コロナ感染症が5類になったことで、R5年6月より居宅介護支援事業所、ご利用者ご家族、市役所職員で2か月に1度対面で開催。今の施設での現状をお伝えしている。	運営推進会議を2ヶ月ごとに対面開催しています。運営方針や活動報告、運営状況、事故報告を行い、事業所としての利用者に向き合う姿勢を伝えるなど意見交換に努めています。	省令に基き、地域包括支援センターや、藤沢市職員、地域住民へ参加に向けた声掛けなどの取り組みが望まれます。運営推進会議報告書を利用者家族等に送られることが期待されます。
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。	上記の運営推進会議にお声掛けしているグ他、ループホーム連絡協議会に参加することで市役所の方とお話できている。今回住所所地特例の方の入居の相談も行うことができた。	介護保険課とは介護保険の申請や難しいケースなどの相談を行う他、毎月、利用者の相談に介護相談員2名を受け入れて協力関係構築に努めています。藤沢市グループホーム連絡会（市職員オブザーバー出席）に参加して交流連携しています。	

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。	身体拘束の指針・マニュアルのほか、身体拘束委員会（2か月に1回）により対応している。また、研修も行っている。	身体拘束の指針、マニュアルを整備し、身体拘束排除の為の取り組みの研修を全職員が受講しています。身体拘束適正化・虐待防止委員会が2ヶ月ごと運営推進会議と同時開催しています。職員は身体拘束をしないケアに努めています。	
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。	打撲痕など虐待が疑われることがあった場合は、管理者・フロアリーダーが関わった職員から事情を聴き、虐待が行われなかったかどうか確認している。事業所会議でご利用者のケアについて話をしている	高齢者虐待防止関連法を含む虐待防止の研修を全職員が受講しています。打撲症など虐待が疑われる場合はユニットリーダーが状況確認を行っています。入浴時にも視診を行っています。不適切行為が疑われる場合は法人に直通連絡できるシステムがあります。	
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。	入居前にその方の家族関係などを確認し、権利擁護に関する制度の必要性がないかご家族と検討している。後見人がついて入居のご利用者様もいる。		
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。	入居の説明の際に細かく説明をするように心がけている。		
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。	ホームの来てくださるご家族については、随時意見を聞いている。面会に来るご家族も多いので職員と話しやすい雰囲気がある。	家族には運営推進会議に順番で出席してもらっています。面会時や電話等で積極的にコミュニケーションを図っています。毎月外部の介護相談員を受け入れ、利用者が意見・要望を直接表明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
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。	面談をできるだけ行い、従業員が働きやすい職場づくりを目指している。	管理者は職員会議や年2回の面談の機会に要望や提案をできるだけ聞いて働きやすい職場環境になるよう努めています。正職員は年2回代表者面談を行って直接提案出来る機会を作っています。職員の要望もあり、離床センサーを導入しています。	
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。	外部コンサルタントと契約し、仕事をし易い環境整備を目指している。管理者会議でハラスメントの研修も行っている	法人の代表者による年2回面談で人事考課を行い、職員が向上心を持って働けるようにしています。法人の担当職員が毎週定期的に訪問して職員の疲労やストレスに気を配っています。希望休の取得や休憩時間も配慮しています。外部コンサルタントからの助言も受けています。	
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。	外部研修を中心に会社負担で行ってもらっている。全職員オンラインを活用した定期的な研修の実施している。	法人が契約したコンサルタント作成のオンラインセミナー人材育成メソッドを職員は受講しています。法定研修も勤務時間内に受講できます。外部研修の認知症介護実践者研修等の受講は、勤務時間内とし、交通費の支給もしています。	
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。	グループホーム連絡協議会等の参加し、話し合い等はできているが交流までには至っていない。あまりできていないので今後の課題。		
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。	入居前の面談で必要なケアを確認するためのアセスメントを行い、それに沿ってケア計画を作成する。		

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
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。	グループホームを利用したいと問い合わせがあった場合は、見学に来ていただき、困っている内容を聞いている。その上でホームの状況をお話している。		
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。	入居前の面談で必要なケアを確認するためのアセスメントを行い、それに沿ってケア計画を作成する。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ご利用者同士が話ができるように部屋にこもらせず、極力リビングで過ごせるように座る場所の配置などを考え、声掛けをしている。また、できること（洗濯物をたたむ）等一緒に行うようにしている。		
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。	家族との絆が切れないように、家族には自由に面会に来ていただいている。（コロナ感染症のこともあり、居室は難しいが、玄関先にある面会スペースを活用している。お時間があればご利用者が喜ぶので散歩などを行っていたくように入居前にお願いしている。		
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。	自室にはご自宅にあったものを持参していただき、いままで来ていた衣類を持参していただいている。できるだけ近隣の方が入居できるように営業エリアを地域限定にしている。病院なども地域の病院を優先している。	地域との繋がりから、近隣の人を優先に入居してもらえるようにしています。天気の良い日には散歩や、職員同行でおやつを買いに行くこともあります。家族との外食や外泊旅行も支援しています。電話の取り継ぎの支援や、友人から手紙が届く人もいます。	

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。	ご利用者同士が話ができるように部屋にこもらせず、極力リビングで過ごせるように座る場所の配置などを考え、声掛けをしている。また、できること（洗濯物をたたむ）等一緒に行うようにしている。		
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。	他施設に入居された方ではなくご逝去のため特になし		
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。	食事の時間・入浴の日程などご本人の様子をみて対応している。ご利用者自身の生活リズムを乱さないようにしながら無理強いしないようにしている	入浴時や散歩など密に利用者に関われる機会に言葉や表情から思いや意向の把握に努めています。表出困難な人には家族から確認をしています。例えば「リフトでお風呂に入れて気持ちよさそうだった。」「こんな時は嫌な表情をしていた」などの情報の共有に努めています。朝ゆっくりしたい人には遅めの朝食の時間設定をしています。	
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。	ケアマネジャーがご家族から生活歴などを聞き取る他、ご利用者本人の話も聞き取り情報の提供を行っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	自宅での生活の様子を確認した上で、できることを無理強いせず行っていたくようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	定期的に家族の面会時ご様子をお話し、気になることなどを伺いアセスメントとモニタリングを行っている。施設で担当者会議を開き、共有し、必要に応じて介護計画を立て直している。	家族や利用者の意向や、かかりつけ医、看護師などからの意見も取り入れて職員協働でアセスメントとモニタリングを行い介護計画を作成しています。症状が進行していた利用者の服薬を見直したことにより、わずか1ヶ月で落ち着きを取り戻し、入院を回避した事例があります。	
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。	個別記録は日課を記入するだけでなくその時の様子を記入するようにしている。職員は記録を読みご利用者の把握に努めるようにしている		
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。	生活面ではあまり制限しないようにしている。身体機能の変化がある場合は主治医に相談した上で、専門医に受診する場合もある。		
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。	コロナ感染症によりボランティア等の受け入れが止まっている		
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。	週1回受けている訪問看護と月2回の主治医と事業所が連携をとるようにしている	現在は全員が協力医をかかりつけ医としています。訪問医、歯科のほかに訪問美容が月2回あります。カットだけでなく、希望者にはカラーリングも行い、利用者の気持ちに張り合いがでるようにしています。週2回の訪問マッサージを受けている人もいます。	

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。	体調の変化については主治医に相談し、ケアの方法などについては訪問看護師に相談している。訪問看護師からは主治医に訪問内容を報告してもらっている。ご利用者への指示についても訪問看護師にも伝えていただいている。		
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。	入院については家族と職員が一緒に対応している。主治医から診療情報提供書を出してもらうようお願いしている。退院前に面会に行き、帰る時には状況を説明していただくようにしている。看取りを前提にした帰園も受け入れている		
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。	身体状況が低下してきた時にケアマネジャーとご家族で終末期の在り方を話し合い、必要に応じて看取りの指針の説明と同意をとっている。	入居時と看取り対応になった際に丁寧に説明をし、同意を得ています。終末期を迎えた利用者を病院ではなく「最期までホームで過ごしてほしい」という家族の要望に応じています。職員は夜間帯に急変した場合の連絡方法や看取りに関する研修を行っています。	
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。	急変時の対応マニュアルを作成し職員に伝えている。事故発生時のマニュアルを作成し事故発生時は事故報告を記入し、事故の検証を行っている。		
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。	避難訓練の実施を行っている（1回終了）災害対策のマニュアル・BCPを作成している。	実際の19時から20時の夜間帯の通報訓練を行っています。利用者を玄関まで引率するなどの避難訓練を実施しています。毛布を用いて応急担架を作り、階段を使って利用者を搬送する訓練も行っていきます。	

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。	ご利用者を尊重するような言葉づかいを行うようにしている。職員の言葉づかいなどで気になる時は管理者が注意をしている。研修も実施している。	常に目上の人として接することを念頭に置いて支援しています。管理者の思いを職員にも伝え、接遇研修を行っています。利用者へ伝えるべきことは濁さず伝えられる関係性を築き上げていくために、一人ひとりの性格を把握し寄り添ったサポートをしています。	
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。	声掛けをしてからケアを行うことで自己決定を促している。入浴なども無理強いし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。	食事はご本人のペースで食べていただく。入浴の回数も最低週2回となっているので、希望されれば入浴していただいている。		
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。	ネイルなどを職員や家族などが行っている。持参されている化粧品も使っている。		
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。	嫌いなものは出さないようにしている。おやつなどもご利用者の好きなものを食べていただくように工夫している。	朝・昼・夕の食事の前に毎回必ず「お口の体操」をして唾液を出してから、食事を始めています。口腔体操は、食欲増進にもつながり、夏バテの食欲減少防止にもなっています。食事を通して季節を感じることや、楽しみとなるように行事食を提供しています。	

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。	1日1000CC飲んでいただくように声をかけ、接種量が少ない方は職員が作ったゼリーなどを食べていただいている。飲水量は個別に記録しており、様子を持って好きなものを摂取できるようにしている。		
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。	毎食後口腔ケアを行っている。ご本人が磨いた後仕上げ磨きをしている。週1回来られる往診の歯科医にご家族の希望があれば診ていただき、口腔ケアも行っている		
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。	立位可能の方は日中はトイレ誘導しオムツは使用しない。トイレ誘導の時間は毎食前食後行い、排泄状況を記録している。排尿間隔があいている場合は随時トイレ誘導を行う。	自立排泄の人へも時間で声掛けをし、個々の状況を把握するようにしています。日中に足踏み運動を継続することにより足腰に筋力が付き、手すりを使って立位可能になってきた利用者もいます。	
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。	水分量を確保することで排便を促す。それでも出ない場合は医師の指示で下剤を服薬していただく		
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。	日中の入浴であるが、できるだけ本人の意思を尊重して無理強いしないようにする。拒否があった方でも時間を置いたり、日にちを変えて声をかけている	入浴時は浴室の窓を閉め、脱衣所に暖房を入れてヒートショック防止に努めています。1階にリフト浴を完備しているため、全ての利用者が湯船に浸かりゆったり過ごすことができます。また、入浴後は脱水を防ぐため、必ず清涼飲料水を摂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
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。	21時に就寝となっているが、安心して眠れる環境をつくっている。ご本人の睡眠ペースを尊重しているので、起きてこられる時は眠くなるまで様子を見ている。		
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。	服薬を確実に行うように薬の形状を変えたりお薬ゼリーを使ったりしている。飲んだかどうか口の中を確認している。		
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。	グループホームは共同生活の場であるので、できる方には洗濯物をたたんだり、チラシ折りなどしていただきお互い助け合い穏やかに過ごせるように職員は配慮している。親近感を持っている人などご本人の気持ちを尊重している。		
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。	天候がよければ散歩に行く機会を定期的に持っている。歩くのが難しい方は車いすで散歩し外気に触れる機会を作っている。またご家族も面会の際に外出している。	事業所の周りの整備された遊歩道で安全に散歩をすることができます。毎日の散歩により体力が付き、食欲増進につながり夏バテ防止になっています。悪天候の散歩に行けない日には施設内の階段の昇降で身体を動かしています。	
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。	基本的には金銭は持ち込まなくことになっている。ご自宅で買い物や良くされていた方や一人暮らしでお金に執着がある方は無理には取り上げていない。金銭取り扱いのマニュアルに沿って管理し、万が一金銭をお預かりするときは一筆いただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話をしたいという希望は本人の様子を見て行っている。手紙が来た場合も本人に渡している。ご家族には職員からお知らせしている。		
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。	共有部分の環境を整えるため夜間掃除を徹底している。季節ごとの飾り（クリスマス、正月など）も華美になりすぎないようにしている。	職員のウクレレ演奏で利用者の好きな曲を弾き、皆で一緒に歌うことを日課にしています。2階の利用者が1階のリビングで過ごすなど、ユニット間のコミュニケーションの場にもなっています。また、感染症防止のために高性能エアフィルターを購入しています。	
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。	出身地が近いことで助け合っている方や入居日が同じ日であることで親近感を持っている方の気持ちは尊重している。それによりご利用者同士で助け合うことが増えている		
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。	居室には使い慣れたものがある場合は小さな家具や小物をご家族と相談しながらおいている。洋服もこだわりがある方は好みのものを着ている。	6畳の居室にはベッド、クローゼット、エアコンを備え付けています。居室の清掃や衣類の整理は居室担当と一緒にしています。管理者は家族と相談しながら、利用者が不安が無く生活できるように思い出の写真や馴染みの家具、寝具などを持参して貰えるように伝えています。	
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。	お部屋にはお名前表示があるので自分の部屋に間違えることなく移動できるようにしている。散歩に出かける時でもできるだけ歩行するようにし、身体機能の低下を防ぐ取り組みをしている。		

事業所名	「結」ケアセンターふじさわ
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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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る。 (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。	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、パンフレットなどに記載している。施設内に理念を掲示し常に確認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。	コロナによるところが大きいがいあまり地域とのつながりがなくなってしまった。		
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。	研修を通して認知症の人の理解はしているが支援の方法を地域の方に向けて活かすには至っていない。		
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。	居宅介護支援事業所、ご利用者ご家族、市職員で開催、6月より対面で定期的に開催中。施設の現状など報告や話し合いができるようになってきた。		
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。	運営推進会議への参加をお願いしている。また、グループホーム連絡協議会にて話をしている。これを継続する。何かあれば連絡して相談することはできている。		

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。	身体拘束の適正化指針の整備を行い、身体拘束委員会の設置により対応している。また、研修も行っている。		
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。	ご利用者が周辺症状を起こす原因について職員が理解し、冷静に対応するように申し送りや事業所会議等に対応する。打撲痕など虐待が疑われることがあった場合は、管理者・フロアリーダーが関わった職員から事情を聴き、虐待が行われなかったかどうか確認し		
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。	入居前にその方の家族関係などを確認し、権利擁護に関する制度の必要性がないかご家族と検討している。また後見人がついているご利用者もいる。		
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。	入居の説明の際に細かく説明をするように心がけている。		
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。	ホームの来てくださるご家族については、随時意見を聞いている。また、運営推進会議にご家族も参加していただいているので運営推進会議等を活用して外部者へお伝えしている。		

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
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。	面談をできるだけ行い、従業員が働きやすい職場づくりを目指している。 (正社員の社長面談)		
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。	外部コンサルタントと契約し、仕事をし易い環境整備を目指している。 就業規則にハラスメントの表記し管理者に研修も行っている。		
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。	外部研修を中心に会社負担で行ってもらっている。全職員へオンラインを活用した定期的な研修の実施をしている。		
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。	あまりできていないので今後の課題。 グループホーム連絡協議会等の参加している。		
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。	入居前に要望をできるだけ聞いておき、ケアプランに取り入れ、入居後のケアに役立てる。		

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。	グループホームを利用したいと問い合わせがあった場合は、見学に来ていただき、困っている内容を聞いている。その上でホームの状況をお話ししている。		
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。	入居前の面談で必要なケアを確認するためのアセスメントを行い、それに沿ってケア計画を作成する。		
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。	生活の中で出来ること（洗濯物をたたむ、食器を拭くなど）はやっていただいている。またリビングでの座席を考慮しご利用者同士が話ができるようにしている。		
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。	家族との絆が切れないように、家族には自由に面会に来ていただき、お部屋などで過ごしていただくようにしている。個別ケアが十分できないため、散歩などを行っていただくように入居前にお願いしている。		
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。	自室にはご自宅にあったものを持参していただき、いままで来ていた衣類を持参していただいている。できるだけ近隣の方が入居できるように営業エリアを地域限定にしている。病院なども地域の病院を優先している。		

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。	日々の様子を観察し、利用者同士が良い関係になるように努力している		
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。	特になし		
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。	食事の時間・入浴の日程などご本人の様子をみて対応している。ご利用者自身の生活リズムを乱さないようにしながら無理強いしないようにしている。		
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。	ケアマネジャーがご家族から生活歴などを聞き取り情報の提供を行っている。 ご家族の来設時にはなるべくコミュニケーションをとり、今までの生活、暮らし方を聞くよう心がけている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	自宅での生活の様子を確認した上で、できることを無理強いせず行っていたくようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	家族の面会時ご様子をお話し、気になることなどを伺いモニタリング・アセスメント・担当者会議を行っている。必要に応じてはもちろん、定期的な介護計画を立て直している。		
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。	個別記録は日課を記入するだけでなくその時の様子を記入するようにしている。職員は記録を読みご利用者の把握に努めるようにしている		
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。	生活面ではあまり制限しないようにしている。身体機能の変化がある場合は主治医に相談した上で、専門医に受診する場合もある。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域のボランティアを受け入れるためボランティアセンターへの登録を行っているがコロナで途絶えている。		
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。	週1回受けている訪問看護と月2回の主治医と事業所が連携をとるようにしている		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	体調の変化については主治医に相談し、ケアの方法などについては訪問看護師に相談している。訪問看護師からは主治医に訪問内容を報告してもらっている。ご利用者への指示についても訪問看護師にも伝えていただいている。		
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。	入院については家族と職員が一緒に対応している。主治医から診療情報提供書を出してもらうようお願いしている。退院前に面会に行き、帰る時には状況を説明していただくようにしている。看取りを前提にした帰園も受け入れている		
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。	身体状況が低下してきた時にケアマネジャーとご家族で終末期の在り方を話し合い、必要に応じて看取りの同意をとっている。		
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。	急変時の対応マニュアルを作成し職員に伝えている。事故発生時のマニュアルを作成し事故発生時は事故報告を記入し、事故の検証を行っている。研修も行っている。		
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。	災害対策のマニュアルを作成している。		

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。	ご利用者を尊重するような言葉づかいを行うようにしている。職員の言葉づかいなどで気になる時は管理者が注意をしている。		
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。	声掛けをしてからケアを行うことで自己決定を促している。入浴なども無理強いし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。	食事はご本人のペースで食べていただく。入浴の回数も最低週2回となっているので、希望されれば入浴していただいている。		
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。	ネイルなどを職員や家族などが行っている。持参されている化粧品も使っている。起床時の洗顔もしくはホットタオルでの顔拭き、ブラッシング等の整容は必ず行う（ご自身で出来ない方は介助） 衣類の汚れやほつれ等に気づいたら更		
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。	嫌いなものは出さないようにしている。おやつなどもご利用者の好きなものを食べていただくように工夫している。		

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。	1日1000CC飲んでいただくように声をかけ、接種量が少ない方は職員が作ったゼリーなどを食べていただいている。飲水量は個別に記録しており、様子をみて好きなものを摂取できるようにしている。		
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。	毎食後口腔ケアを行っている。ご本人が磨いた後仕上げ磨きをしている。週1回来られる往診の歯科医に診ていただき、口腔ケアも行っている		
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。	立位可能の方は日中はトイレ誘導しオムツは使用しない。トイレ誘導の時間は毎食前食後行い、排泄状況を記録している。排尿間隔があいている場合は随時トイレ誘導を行う。		
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。	水分量を確保することで排便を促す。それでも出ない場合は医師の指示で下剤を服薬していただく。予め下剤が処方されている方は服用していただく。それでも改善されない方や処方されていない方で便秘が続く場合は訪看へ連絡し、指示を仰ぐ。変化があった場合は往診時に医師に相談している		
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。	日中の入浴であるが、できるだけ本人の意思を尊重して無理強いしないようにする。		

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
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。	21時に就寝となっているが、安心して眠れる環境をつくっている。ご本人の睡眠ペースを尊重しているので、起きてこられる時は眠くなるまで様子を見ている。		
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。	服薬を確実にを行うように薬の形状を変えたりお薬ゼリーを使ったりしている。飲んだかどうか口の中を確認している。		
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。	グループホームは共同生活の場であるので、お互い助け合い穏やかに過ごせるように職員は配慮している。親近感を持っている人などご本人の気持ちを尊重している。		
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。	天候がよければ散歩に行く機会を定期的に持っている。歩くのが難しい方は車いすで散歩し外気に触れる機会を作っている。ご家族が外出に連れ出してくれることもある。		
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。	基本的には金銭は持ち込まなくことになっている。ご自宅で買い物や良くされていた方や一人暮らしでお金に執着がある方は無理には取り上げていない。職員が金額の確認ができないことを了解していただく。金銭管理マニュアルも整備している		

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。	電話をしたいという希望は本人の様子を見て行っている。手紙が来た場合も本人に渡している。ご家族には職員からお知らせしている。		
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。	共有部分の環境を整えるため夜間掃除を徹底している。		
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。	出身地が近いことで助け合っている方や入居日が同じ日であることで親近感を持っている方の気持ちは尊重している。それによりご利用者同士で助け合うこともある。		
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。	食器など使い慣れた物を持ってきていただいたが、壊れてしまった場合は新しい物を持ってきていただいたりしている。こちらの施設の入居者は特に自分のものでなくてもこだわりのない様子が見受けられる		
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。	2階からの階段は段差が狭いため、ご利用者がスムーズに昇降できるようになっている。散歩に出かける時でもできるだけ歩行するようにし、身体機能の低下を防ぐ取り組みをしている。		

2023年度

事業所名 「結」 ケアセンターふじさわ

作成日： 6年 5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	4	省令に基づき、地域包括支援センターや、藤沢市職員、地域住民へ参加に向けた声掛けなど取り組みが望まれます。	運営推進会議に定期的に地域住民や地域包括センターへ声掛けを行う。	偶数月の第3火曜日に行っているの で、お声掛けしご参加いただけるように早めに出欠席を確認する	12ヶ月
2	4	運営推進会議報告書を利用者家族に送られることが期待されます。	運営推進会議の報告書をご利用者家族が定期的に見られるようにする。	運営推進会議の報告書をご利用者家族が定期的に見られるように玄関先の「ご自由にご覧ください」のファイルに入れる。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月