

令和2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5-9-19		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員 名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員 名	
		宿泊定員 名	
		定員計 18 名	
		ユニット数 2 ユニット	
自己評価作成日	令和3年1月25日	評価結果 市町村受理日	令和3年9月2日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <https://center.rakuraku.or.jp/>

【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。
- ・仕事がしやすい職場作り。離職を減らせるように努力する。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年3月27日	評価機関 評価決定日	令和3年7月19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、「藤沢駅」北口から「高山車庫行き」のバスで約7分、「ソニー前」で下車し、徒歩5分ほどの周囲に戸建住宅が建ち並ぶ、閑静な住宅街に立地しています。近隣には、藤沢市長久保公園都市緑化植物園や、大型ショッピングモールがあります。

<優れている点>

「①『結～むすぶ～』介護とは、利用者の自立心を尊重する、コミュニケーションを大切にす、チームケアを大切にす。②利用者、家族と職員が信頼関係を『結ぶ』(結べる)のが『結』の目指す介護」を理念として掲げています。職員は、理念に基づき個別のケアを実践しています。事業所の運営方針としては「共同生活を以て利用者が、自分の役割などを認識でき、認知症の症状の進行を穏やかにして自立した日常生活を営めるよう、利用者自身でできること(掃除や洗濯ものをたたむなど)は自分でやってもらい、できない部分を職員や他の利用者が補完しあう」ことを大切にすして支援しています。利用者同士が交流し、互いに支えあう関係づくりに取り組んでいます。

<工夫点>

事業所では「ご家族様の声」(意見・要望用のメモ用紙)や、年1回のアンケートなどを活用して、家族の意見・要望を聞き出しています。管理者は、家族が意見や要望を言いやすいよう、積極的にコミュニケーションをとることを心がけています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	「結」ケアセンターふじさわ
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
			3, 利用者の1/3くらい
			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している。 (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	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。	法人の理念を事業所理念として、玄関に掲示して周知しているほか、会議などで確認しています。職員は理念に基づき「利用者、家族と職員が信頼関係を『結ぶ』（結べる）のが『結』の目指す介護」の実現に向け取り組んでいます。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域連携室の使い方を検討中。 将来的に地域に開放したい。	自治会に加入して、回覧板で地域の情報を把握しています。コロナ禍以前は、散歩時に地域住民と交流しています。また、ウクレレや三味線の演奏ボランティアを受け入れています。現在、地域連携室を活用した地域交流を検討しています。	地域密着型サービス事業所として、コロナ収束後、地域連携室の活用などにより、地域交流を活性化することも期待されます。
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	地域連携室で研修開催など検討中。		
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、地域包括、市職員で開催、定期的開催中。現在コロナにより書面開催となっている。	利用者、家族、町内会々長、民生委員、居宅介護支援事業所々長、市職員、地域包括支援センター職員をメンバーとして、2ヶ月ごとに開催しています（今年度は書面開催）。会議では事業所の運営状況などの報告のほか、意見交換を行っています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議に参加していただけている。これを継続する。	市の介護保険課に、運営推進会議の議事録を送付しています。また、介護認定の申請代行で訪問することもあります。今年度は、マスク、消毒液などの在庫管理で、市や県などと密に連絡を取り合っています。介護相談員を受け入れています。	

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束をしない取り組みをしているので、ケアを実施する時に身体拘束に繋がることをしないように常に検討している。職員もそのことを意識してケアの工夫をしている。身体拘束委員会の設置。	身体拘束適正化の指針を定め、身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回開催して、身体拘束の有無の確認や事例検討を行っています。玄関やフロアの出入り口は施錠していますが、外出願望の強い利用者には、職員が付添い外出しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	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等で対応する。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	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。		
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	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	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。年に1回、アンケートを実施している。	家族の意見・要望は、来訪時や運営推進会議、電話連絡、メール、「ご家族様の声」アンケートで聞き出しています。管理者は、家族が意見や要望を言いやすいよう、積極的にコミュニケーションをとることを心がけています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	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。	職員の意見・提案は、日々の会話、申し送り、毎月の全体会議や、個人面談で聞き、運営に反映しています。管理者は職員が積極的に意見が言えるように、話をよく聞くことを心がけています。職員からクリスマス会などの行事企画の提案があり取り入れています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	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。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修を中心に会社負担で行ってもらっている。定期的な研修の実施。		
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を予定している。		
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、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	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。		
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	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	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。	入居時のアセスメントや家族からの情報で、利用者の生活歴や馴染みの関係を把握しています。知人や友人の来訪時には、湯茶を提供し居室でゆっくりくつろげるよう支援しています。手紙や電話の取り次ぎなどの支援も行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	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。	入居前に自宅や病院などを訪問して、利用者・家族から暮らし方の希望や意向を聞いています。職員は、利用者との日常会話から、思いや意向の把握に努めています。意思疎通が困難な利用者は、家族からの情報や、利用者の行動、表情から推測しています。	
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だくようにしている。		

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	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	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を行っている。必要に応じて介護計画を立て直している。	介護計画は、アセスメントとモニタリングを基にカンファレンスを行い、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して作成しています。長期目標は6ヶ月、短期目標は3ヶ月で、状況変化時にはその都度見直しています。	
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	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、専門医を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。その他地域の方の演芸なども受け入れている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	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。	月に2回、協力医である内科医の往診があり、歯科医の訪問もあります。また、訪問看護師は2週間に1度来所しています。往診結果は書面で共有しています。外来の受診は家族対応ですが、急な受診は職員が対応することもあります。	

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
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られている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域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。	重度化・看取りの指針については家族と本人に対して文書で同意を得ています。職員に対しては研修を実施し、手厚く配置などを行うことで対応しています。看取りの事例があった場合には、他の利用者が動揺しないように注視しています。	
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	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	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害対策のマニュアルを作成している。	3月11日に昼間を想定して、通報及び避難訓練を実施しています。訓練には利用者、職員、消防署職員が参加しています。災害時における職員間の連絡は携帯電話などでとれるようにしています。災害時用の備蓄品は本社が一括管理をしています。	昨今の気象変化に対応した災害マニュアルの見直しも期待されます。地域の避難訓練などに参加し、相互で連携がとれることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	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。	日頃の対応では言葉遣いに気をつけています。トイレ誘導時は、小さな声で誘導するなど配慮しています。個人情報やキャビネットに入れて管理しています。事業所として気になる事例があった場合は会議などで確認するようにしています。	
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	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	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。	日々の食事はチルド食品を温めて提供しています。配膳などではできるだけ利用者に手伝ってもらおうよう努めています。正月やひな祭りなどの季節の行事を行ったり、利用者の好みを把握するなど、食欲がわく工夫をしています。	

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
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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	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。	フロアには3つトイレがあり、1ヶ所は車いすのまま使用できます。利用者によって定時のトイレ誘導やオムツ交換を行っています。排泄記録やケア記録で利用者のパターンを把握しています。羞恥心に考慮し、さりげなくトイレへ誘導するよう心がけています。	
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	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	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、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	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。	原則、週に2回の入浴ですが、利用者の希望に合わせて時間を変更するなど柔軟に対応しています。利用者によっては同性介助を行い、色々な会話を促すことによって入浴を楽しんでもらえ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ため、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、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	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	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。	現在はコロナ禍のため散歩や外出が実施できていませんが、頻りに面会がある利用者は家族が散歩の対応をしています。コロナ以前は花見や紅葉狩りに出かけています。	
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き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。		

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	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有部分の環境を整えるため夜間掃除を徹底している。クラシックの好きなフロアはクラシック音楽を流し、そうでもないフロアは童謡・唱歌のCDを流し、歌っていただくようにしている。	共有空間には利用者と職員で作成した季節の貼り絵やぬり絵を掲示しています。ソファやテレビを配置して利用者がくつろげるようにしています。利用者によっては床掃除や洗濯物をたたむなどを行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	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がない様子が見受けられる。	ベッド、エアコン、照明は備え付けです。フロアにはソファとテーブルを配置しています。タバコや刃物などは持ち込めませんが、使い慣れたものでの生活ができるようにしています。居室の清掃は職員が行っています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	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。		

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	利用者と職員と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	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	地域連携室の使い方を検討中。 将来的に地域に開放したい。		
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	地域連携室で研修開催など検討中。		
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、地域包括、市職員で開催、定期的開催中。現在コロナにより書面開催となっている。		
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取り組んでいる	運営推進会議に参加していただけている。これを継続する。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束をしない取り組みをしているので、ケアを実施する時に身体拘束に繋がることをしないように常に検討している。職員もそのことを意識してケアの工夫をしている。身体拘束委員会の設置。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	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等で対応する。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	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。		
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	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	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。年に1回、アンケートを実施している。		

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	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	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。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	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。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修を中心に会社負担で行ってもらっている。定期的な研修の実施。		
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を予定している。		
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、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	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。		
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	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	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。		
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	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	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を行っている。必要に応じて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。その他地域の方の演芸なども受け入れている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域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。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	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	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	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、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	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	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。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、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	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	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。		
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。		

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	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有部分の環境を整えるため夜間掃除を徹底している。クラシックの好きなフロアはクラシック音楽を流し、そうでもないフロアは童謡・唱歌のCDを流し、歌っていただくようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	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。		

目標達成計画

事業所名「結」ケアセンターふじさわ

作成日： 令和3年8月20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	13	新人スタッフを迎え入れる体制が整っていないのが原因なのか？短期間で辞めるスタッフが多い。	業務や介助方法、指導法の統一及び、新人スタッフを温かく受け入れる体制を作る。	◎早番・遅番・夜勤等の各業務をマニュアル化し、既存スタッフへの統一を図る。 ◎各勤務形態の業務に囚われず、各スタッフの特性や状況に合せ、柔軟に対応出来るようにする。	12ヶ月
2	5	人員不足に加え、入所者の介護度上昇により、状況により入所者自身での動きを制限する事がある。	可能な範囲でリスクを回避しながら、入所者への不要な制限をせず介護する。	◎入所者の動きを制限する事によるデメリット周知する。 ◎過剰を制限せず、しなくても良い部分を見つけ、業務に活かす。	8ヶ月
3	9	特に最近入所された方のこれまでの生活歴がよく分からず、入所後の対応に活かせない。	昔の趣味や入所前に起きた出来事を考慮し、入所後の対応に活かす。	◎入所前に今まで利用していたデイサービス又は訪問介護事業所等に、基本情報の記入を依頼。 ◎入所時に、ご家族にこれまでの生活歴や趣味、特技等を聞き取る。	6ヶ月
4	19	フロアの飾りつけ等が得意なスタッフが少なく、放置状態になっている。	レクリエーションの一環として、入所者と一緒に飾りの作成等を行う。	◎入浴等の他の業務と、当日のスタッフの顔触れを考慮し、定期的なレクリエーション計画を作成。	6ヶ月
5	6	入所者及び家族の意見や声等が、現場スタッフに行き届いていない。	「真の入所者家族の意見」として、可能な範囲で業務に取り入れられるように努める。	◎アンケートの結果を全スタッフに回覧し、「家族の声」を理解する。 ◎取り入れられる意見と、現実的に困難な物を振り分け、業務に活かす。	12ヶ月