

平成25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	1492400112	事業の開始年月日	平成21年12月1日
		指定年月日	平成22年3月1日
法人名	株式会社 リフシア		
事業所名	らいふ柳島		
所在地	(253-0063) 神奈川県茅ヶ崎市柳島海岸 1 9 - 1 6 - 1 9		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25 名
		通い定員	15 名
		宿泊定員	9 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	定員 計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成26年2月4日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月9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/kaigo/w10/wpJDetails.aspx?JGNO=ST1492400112&SVCD=730&THNO=14207>

【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)】

海まで歩いて10分程の距離にあり、夏は茅ヶ崎、平塚の花火大会が外れればすぐ見え、廊下、居室からは富士山を眺める事が出来ます。建物は木造平屋で開放感のあるくつろげる作りになっています。庭はスロープ、手すりがついており、気分転換、リハビリを兼ねた散歩や歩く事が難しくなり、外出の機会が減った方でも、遠くに行かず四季折々の植物、季節を楽しんで頂けるようにしています。又、園芸レクリエーションとして庭の草花と一緒に植え替え、日々の水まきをし、自宅の庭のようにいっしょに育て、楽しんでもらえるよう心がけています。住み慣れた地域、自宅での生活を安心して継続できるよう通い、宿泊、訪問を組み合わせながら、随時、ご本人様、ご家族様の状態、状況の変化に合わせ柔軟に対応しています。重度化への対応も可能で、条件が整えば看取りも行っています。

【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橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年3月5日	評価機関 評価決定日	平成26年5月16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)】

小規模多機能居宅介護「らいふ柳島」は、ＪＲ東海道線茅ヶ崎駅から神奈中バスで10分の「浜見平団地」バス停下車徒歩約3分の所の住宅地の中にあり、平屋造りの建物で、四季折々の花が咲く庭があります。泊まりの部屋から富士山が見え海までは10分ほどの場所にあります。建物はペンション風で天井が高く、庭に面して大きなガラス窓があり、陽が良く入ります。また庭にはメダカも泳いでいる池があります。

＜優れている点＞

看取りに関して、「看取りに関する指針」に沿って、事業所として、できることとできないことを説明し、本人の意向や思いなどを把握し納得のいく最期を迎えられるように支援しています。自治会に加入し、夏祭り、どんど焼きなどの行事に参加しています。ボランティアセンターからの将棋や傾聴ボランティア、園芸や体操、三味線などの様々なボランティアとも交流しています。また、地域の公共施設にも出掛け、コミュニティセンターの映画会を楽しんでいます。災害時の備えとして運営推進会議出席者や地域の協力が得られ体制があり、津波の避難訓練は地域の方の参加を得て実施しています。

＜工夫点＞

アセスメント、モニタリング、介護計画、介護日誌、連絡帳などの記録類についてシステム化を図り、パソコン上で処理ができるようにしています。このように記録にかかる時間の効率化を図り、バイタルなどのデータをグラフ化するなど、きめ細かく対応できるように工夫しています。

【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	らいふ柳島
ユニット名	

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、活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っ なげている。	「心を添えて共に生きる。」の理念を もとに接遇に当たり、理念、行動指針 を明記したクレドを携帯し、常に意識 できるよう心がけています。又、理念 にある、在宅生活支援、住み慣れた地 域での生活をを考え、会議等で話し 合っています。	「らいふ柳島事業所目標」を事業所独 自の理念として職員休憩室と相談室に 掲示しています。この理念は、所長が 主任などと話し合って作り上げていま す。人事制度として理念を職員がどの ように実践していくかを所長に提出し 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。	自治会に加入し、行事、催しには積極 的に参加し、快く受け入れてもらって います。福祉祭りでは実行委員として 参加、ボラセンとは、地域とのつな がり作れるよう行き来し、近隣の方 がお花等を届けてくれたり、お話をし にきてくれています	自治会に加入し、回覧板が回って来ま す。所長が自治会の福祉祭りの実行委 員となり、準備から参加しています。 事業所主催の地引網に地域の方に参加 を呼び掛けています。地区社協のボラ ンティア団体との交流があり定期的に 訪問しています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の 理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症サポーターの実習生の受け入れ を行い、認知症の方の支援方法、地域 で受け入れる体制作りについて話して います。地域の方が気楽に認知症の事 等を相談できる窓口になっていければ と思います。			
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。	ご家族、包括職員、市職員、自治会 長、民生委員を招き2ヶ月に一度開催 しています。利用状況（事故、ひやり はっと、行事、避難訓練等）の課題等 を相談し、アドバイスを頂いていま す。介護相談員の方も参加出来る時 は、参加して頂いています。	自治会長、民生・児童委員、地域包括 支援センター職員、高齢福祉介護課職 員、家族が参加し、2ヶ月に1度開催 しています。防災の事が議題になり、 津波想定訓練を運営推進会議の出席者 も参加して行っています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	運営推進会議を通し、定期的に状況 をお伝えしています。又、市役所に出向 いた際は、地域担当の職員と情報交換 を行うようにしています。地域密着型 部会へ参加してもらい、実情、課題を 忌憚なく話し合っています。	日常的に茅ヶ崎市高齢福祉介護課地域 支援担当に事業所運営の事などでメー ルや電話で話をしています。3ヶ月に 1度の間隔で行われる茅ヶ崎市介護 サービス事業所連絡協議会の地域密着 型部会で所長が実践発表を行っていま 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
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。	厚生労働省の「身体拘束ゼロの手引き」をもとに、拘束が与える悪影響（精神、身体面）を考え、会議の時間を使い職員皆で話し、共通の認識を持てるよう努めています。	「身体拘束禁止に関する指針」をマニュアルとして整備しています。法人の本部において研修を行っています。主任などが身体拘束の疑いのある言動を職員が行った場合にはすぐに呼び止めて注意を促しています。	
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。	送迎時のご家族、ご本人様の様子（服装、身だしなみ、表情等）の変化に気を配るようにしています。ご家族が介護に疲れている様子が感じられたら、ケアマネが訪問し、お話を伺っています。		
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。	現在まで対象となるような方がいらっしゃいませんでしたが、資料を基に又、市の説明会等に参加し制度の理解に努めていきたいと思ひます。		
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。	ご自宅、又は施設に来て頂き、重要事項、契約書の読み合わせを行い、不明、疑問点があるか確認しています。小規模多機能の特性を活かした利用をして頂けるよう説明しています。		
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。	連絡帳、送迎時、運営推進会議、アンケート等で意見や提案を聞き、実施できる事は行い、難しい事は事情を説明するよう心がけています。	玄関に「ご意見箱」を設置し、「お客様の苦情について」を掲示しています。アンケートを実施し、家族の意見などを聞いています。連絡表などで家族からの具体的な意見や要望も聞いています。	

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。	毎月、ワーカー会議、業務改善会議を行い、毎日、管理者が朝、夕の申し送りに参加し提案、意見を聞けるようにしています。又、定期的に面接を行い、個別での意見を出しやすい機会も作っています。	所長は、職員と定期的に面談を行っています。全体職員会議や業務改善会議などの会議においても職員の意見を聞いています。職員からの意見で法人内部の帳票類の統合を図り、モバイル端末のタブレットに入力し、すぐに印刷が出来るように改善しています。	
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。	目標管理シートの作成、確認、自己考課等を使い、面接を通し職員のスキルアップ、モチベーションを上げられるよう努めています。又、それに合わせ勤務態度、能力等を鑑みた正社員への登用制度があります。		
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。	他施設研修や施設内外の研修を行い、職員の意識、知識の向上を図っています。OJTによる新人教育を行い、教える側、教えられる側のスキルアップが出来るよう取り組み始めました。		
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。	H25、3月より地域密着型サービスでの部会を立ち上げ、認知症ケアの強化、地域包括ケアを推進していきたいと思います。又、他事業所への研修を通し、サービス質の見直し、向上を図っていききたいと思います。		
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。	面接時、初回利用時には、時間をかけ本人とゆっくり話し、安心してもらえるよう努め、希望があればお試し利用をしています。ご本人、ご家族様の負担を考慮し、訪問、通いから行い、少しずつ時間を延ばす等臨機応変に対応しています。		

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
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。	ご家族様とも話す時間を作り、ご本人様との関係や現状からこれまでの経緯を聞くようにし、ご家族様も含め支えていけるよう心がけています。		
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。	面接時、若しくは事前の情報、連絡の段階で、小規模の利用が適切なのか、自施設の現状行えるサービスで希望に添えるのか相談しています。又、希望、要望に副えるよう努力しています。		
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。	お客様に何が行いたいのか、何が食べたいか等を聞き、伺えた事は実行するようにしています。職員はお客様への感謝の気持ちを伝え、お客様も職員にお茶を出してくれたり、優しく声をかけて下さっています。		
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。	連絡帳、送迎時等でご様子を伺いながら、困っている事がないか等気楽に話してもらうよう心がけています。又、その日の様子を写真で渡し、家族での会話が持ちやすいよう配慮しています。		
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。	地域の行事に参加したり、家族、知り合いの方が施設に遊びに来やすいようアットホームな雰囲気作りを心がけています。本人が昔の知人と話をしたいと希望した時は、電話で話できるようお手伝いしています。	地域で行われる自治会主催のどんどこ焼きに参加したり、利用者の友人が面会に来るなど此れまでの生活を継続しています。利用者の長寿のお祝いに市長が事業所を訪問しています。馴染みの場所にドライブ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
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。	相性の良い方、コミュニケーションを取りやすい方が傍にいれるよう配慮し、仲間を作りやすいようにしています。又、お客様が自主的にお茶を入れて、配ってくださる等、お客様が自ら交流が取りやすいような環境を心がけています。		
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。	サービスが終了する際には、協力、相談にのれる事があれば気楽に連絡してもらえようお話ししています。利用者が亡くなられても、ご家族様が遊びに来てくれたり、家にお線香をあげに行ったりと継続的に関係を持っています。		
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。	面接時、利用を通して本人の意向の確認、状態を見て推察するよう努めています。本人からの確認が難しい時は、ご家族に聞くようにしています。また、ライフサポートプランを使い、ご本人、ご家族様の思いを吸い上げれるようにしています。	利用者の思いや意向を把握するために、側について利用者と職員の距離を縮め、話しかける機会を多く持つようにしています。得られた情報からいくつか具体的な事を挙げて利用者を選んでもらうようにしています。	
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。	ご家族様にセンター方式の一部を書いてもらうようにしています。地域との関わりが強かったお客様には出来る限り、地域への行事等へ参加して頂く様にし、趣味や好きな事を把握し、行ってもらうようにしています。		
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。	N式（NMスケール）を使い、定期的なカンファレンスを行い、ご本人様の行える事、状態の変化に気付き、共通した認識を持てるよう努めています。日々変わる状態を気付けるよう、申し送り、気付きメモ等を使いこまめに話し合っています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画は、日々のモニタリングとは別に、カンファレンスを行っています。N式によるアセスメントも行い、ワーカー、ケアマネで介護計画の作成、見直しをしています。サービス担当者会議には、ケアワーカーも参加するようにしています。	ケアマネジャーは、家族や利用者から聞き取りをしてアセスメント票を作成した後にケアプランを作成しています。ケアマネジャー、介護職員、看護師が参加し認知症簡易診断スケール（NMスケール）を使って3ヶ月ごとに評価を行っています。	
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。	記録関係をIT化し、誰でも見やすい記録を作っています。又、レク、外出ノートを用い、お客様の様子、気づきを記入し、確認できるようにしています。		
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。	ご家族、ご本人様の状態、環境の変化や急用が入った際は宿泊、通い時間の延長、訪問回数を増やす、内容の変更等を行い対応し、随時、利用方法の検討をしています。		
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。	コミセン、ボランティアセンターに積極的に出向き、ご本人様が外部の方と交流する機会を作ったり、趣味（将棋、映画等）を楽しめるようにしています。独居の方は、ごみ収集サービスを利用し、安否確認をしてもらっています。		
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。	主治医へは状態の変化や入院、ケガ等があった場合はこまめに連絡をとっています。主治医が決まっていな際は、ご家族の希望、症状にそったドクターを紹介するようにしています。	利用者の従来からのかかりつけ医を大切にし、依頼があれば、利用時のバイタルなどの日ごろの状況を受診時に提供しています。家族が付き添えないときには職員が通院に同行し、主治医からの説明を利用者、家族に判りやすく説明しています。	

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。	気付いた事はすぐに看護師に報告し、看護師も現場に入り状態を観察し、朝、夕の申し送り時に情報の共有が出来るようにしています。訪問看護師とは、変化があった時は連絡し相談し、日々の事はノートでやり取りし、情報を共有しています。		
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。	こまめに連絡を取り、面会に行き、本人の状態を把握するようにしています。退院が可能である時は、すぐ受け入れるようにしています。退院後の状態に合わせた利用プランを立て、病院関係者も安心して、在宅に返せるようにしています。		
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、事業所の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。	看取り、終末期に向かう際は、主治医、ご家族、ケアマネ、看護師、所長でカンファレンスを開き、皆の気持ちを一つに出来るようにしています。重度化に対しては、開始時に利用できる範囲を説明し、低下の兆候がある時は、ノート等でこまめに伝えるようにしています。	入居時に「看取りに関する方針」に沿って事業所が出来ることを利用者のご家族に説明し、了解を得ています。重度化、看取りに向かう際は、主治医と家族と都度相談し、意思を確認し、管理者、看護師など職員が気持ちを共有しています。	
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。	救急救命講習を消防職員を招き、実施し、急変や事故時の対応に備えています。今後は定期的に開けるようにしていければと思います。又、急変時、事故発生時のマニュアルを作成し対応しています。		
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。	夜間火災を想定した避難訓練を定期的に行い、実際の訓練を運営推進会議のメンバーに見てもらい事も行っています。又、5月には津波を想定した避難訓練を地域の方にも参加して頂き、実施しています	避難訓練は消防署に計画を提出し、避難経路の確認、夜間を想定しての訓練などを実施しています。近隣に住んでいる職員がすぐ駆けつけられるようになっています。地域の方にも参加してもらい、津波を想定した避難訓練を実施しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	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。	ご本人、ご家族様が聞いて不快感、不安を抱かないような声かけはしないよう気を配っています。接遇研修に参加した職員が会議時に他職員に接遇講習を行いました。	利用者への声掛けについて接遇研修等で職員に周知しています。プライバシーについても十分理解し実践しています。常に人生の先輩として敬意を払い本人が不快感を抱かないよう対応を職員同士確認し合うようにしています。		
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。	お話する機会を増やし、ご本人様の気持ち、考えを汲み取れるよう気をつけています。又、介護相談員さんからもお話を伺い、第三者へ伝えられるご本人様の言葉も大切にするようにしています。			
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。	、午前、午後でお客様の状態、意向に合わせた時間で入浴して頂いています。ご本人様が何か行いたい時は、全職員で協力しながら、望んだその時対応できるよう心がけています。			
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。	外出時、催し事の際は化粧等ができるよう支援し、本人が欲しい衣類、帽子等を選んで選んで購入してもらうようにしています。入浴時の着替え等、ご本人様に選んでもらうよう心がけています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	オープンキッチンで、作る過程から一緒に見て、コミュニケーションを取りながら行えるようにしています。テーブル拭き、下膳、コップ洗い、おやつ準備等も手伝ってもらっています。ご家族へはランチメニュー表を作りお渡ししています。	昼食と夕食は専門の調理担当者が事業所のオープンキッチンで調理しています。調理中の音や匂いが食欲をそそり、献立についての会話が弾んでいます。特注の六角形の木製テーブルで利用者は、職員と一緒に食卓を囲んでいます。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	主治医により、採血のデータを伺い、栄養状態を見ながら食事を検討しています。昼食後、水分量の確認を行い、少ない方には水分を取って頂く様にし、ゼリー、コーヒー等種類を増やしできるだけ水分を取ってもらうよう心がけています。		
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。	毎食後、洗面所に行き、口腔ケアを行っています。本人希望時、必要時には、訪問歯科に見てもらっています。又、歯科医師、衛生士からお客様個々の口腔状態に合わせた口腔ケア道具を準備してもらい、使用しています。		
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。	定時のトイレ誘導とその方に合わせたトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう心がけています。パッド類も過剰にならないよう、その方に必要な物を使うよう随時検討しています。又、自分で行える所は、行ってもらようよう支援しています。	排泄の間隔を把握し、また利用者本人の様子をしっかりと観察することによりトイレでの排泄が出来るように支援しています。在宅生活を視野に入れ、リハビリパンツを自分で履き替えられるようにする自立支援に力を入れています。	
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。	朝、牛乳やヨーグルトを摂ってもらうようにし、午前、午後と体操、レクリエーションを行い体を動かす機会を作っています。又、便意を催した際は、優先し対応し、お客様の様子を見、落ち着かないようであればトイレ誘導するようにしています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴回数、時間等本人、家族の希望に副えるよう努めています。1対1で入浴してもらい、一連の流れをゆっくり、本人のペースで行えるようにし、リラックスした大事なコミュニケーションの時間になるようにしています。	浴槽はヒノキです。入浴は利用者にとって、職員とゆっくり話せる楽しみの時間となるようにしています。本人の意向に沿うように入浴の順番や時間を調整しています。拒否がある方に対しては声かけのタイミング等職員で情報共有をしています。	

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
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。	その方の習慣、体調、褥瘡等の状況に合わせて横になって頂くようにしています。ゆっくりお昼寝できるよう部屋を準備し、個室で休んでもらっています。日中の活動（散歩、レク、体操等）を通し、生活のリズムが作れるよう配慮しています。		
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。	各お客様のお薬表、服薬確認表を準備し、そのお客様の薬の内容、数を確認できるようにしています。服薬忘れ、重服がないようチェック表を作り確認しています。ドクターの紹介から、製薬会社の方に来てもらい、薬の勉強会を開きました。		
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。	日々、体操、レクリエーション、外出、個別レク、ケア（製作、調理、裁縫、水巻、掃除等）を行い、ご本人様が何を行い、楽しめるかを見い出せるよう過ごしてもらっています。		
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。	紅葉見物、水族館等希望を募りお出かけをしています。又、日々近所の散歩、スーパーへのお買い物や地域の催し等には参加しています。地域の催しへ参加した際は、地域の方々が積極的に受け入れ、お手伝いして下さっています。	地域で行われる映画会に参加したり、家族と連携しながら、コンビニに買い物に行ったり、散歩等の日常的な外出を支援しています。毎日のように散歩に行く方もいます。また、利用者との話の中で意見を募り、外食や花見に出かけています。	
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。	個々のお金に対する考えを反映できるよう希望の方、持っていないと不安になってしまう方には小額ならば持ってもらうようにします。買い物精算時、お金の受け渡しを出来るだけ行ってもらうようにします。		

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。	ご家族様の状況をを考慮しながら、本人に電話でお話ししてもらう事があります。手紙を希望される方、又手紙を書いてもらうよう働きかける事は行っていききたいと思います。		
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。	清掃の職員を雇い行ってもらっています。又、介護職員がトイレの掃除を毎日を行い、臭い、汚れ等衛生面を気にし、気持ちよく使ってもらえるようにしています。季節の飾り物をお客様と一緒に作り、飾ったりし、季節を楽しめるようにしています。	居間は天井が高く大きな窓があり明るい空間になっています。庭があり池にはメダカが泳いでいます。室内は常に温度、湿度は気をつけ快適に保たれています。座り心地の良いソファやテーブルが置かれ利用者はゆったりと寛いで過ごしています。	
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。	庭に出たい方は自由に出てもらい、ご自分の時間を作れるようにしています。テーブルを分け、仲の良い人達、又、自分の席で安心して座れるようお客様に合わせ固定し対応しています。		
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。	安心して泊ってもらえるよう、基本的には泊り慣れた同じ部屋に泊ってもらうようにしています。部屋は、扉の色、カーテン、壁紙等を変え自分の部屋と認識しやすいようにしています。	泊まりの部屋はカーテンやドア、壁紙の色を変え、自分の部屋と認識しやすいように配慮しています。できるだけ一回泊まった慣れた部屋に次回も泊まれるようにしています。タオルや毛布など馴染みの物を持参することも可能です。	
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。	バリアフリーになっており安全に移動できるようにしています。廊下も車椅子同士でもすれ違えるようゆとりのある広さになっています。車椅子は出来る限り使わず、自宅と同じ生活を送り、出来る力を維持できるよう努めています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	10	適宜介護計画の見直しを行っているが、ケアマネ主導でのカンファが中心で、現場のスタッフのアセスメント能力向上にも取り組んで行きたい。	直接支援を行う介護スタッフにより、細やかで的確なモニタリングを行えるようになり、介護職員中心での発信と連携が行え、変化に即時対応できるようになる。	毎月のモニタリングとその勉強会 お客様担当による情報集約と発信 事業所看護師とも協議の上、随時、介護計画草案作成の上、ケアマネに提出し、支援を確定して行く。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月