

平成26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	1492200496	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	株式会社リフシア		
事業所名	リフシア善行		
所在地	(251-0871) 神奈川県藤沢市善行3-10-4		
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27年1月22日	評価結果 市町村受理日	平成27年5月15日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1492200496&SVCD=730&THN0=14205>

【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)】

「心を添えて共に生きる」の理念の下、中重度の要介護状態、また、認知症の症状が現れても、住み慣れた地域及び自宅での在宅生活が継続できるように支援致します。

レクリエーションにはセラピスト（理学療法士・作業療法士）・看護職員・ケアマネジャー・介護職員の専門職チームによる個別のリハビリ計画を作成し自立支援に向けたプログラムを実施しております。
また、評価期間を定めレーダーチャートによる評価スケールの変化により現状確認をし、維持・向上・改善が出来るよう努めております。

【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27年3月9日	評価機関 評価決定日	平成27年5月7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)】

小規模多機能型居宅介護事業所リフシア善行は、小田急江ノ島線善行駅より徒歩で12分ほどの閑静な住宅街に位置し、グループホームを併設しています。所属法人は「心ある介護サービス」を掲げて、藤沢市・茅ヶ崎市を中心に介護保険施設を多数運営しています。

<優れている点>

利用者が住み慣れた地域で暮らし続ける為の支援の一環として、積極的に機能訓練に取り組んでいます。セラピスト（理学療法士や作業療法士）看護職員、ケアマネジャー、介護職員のチームで全利用者に詳細なアセスメントを基に個別機能訓練計画書を作成し、本人の希望実現の為に必要なプログラムを作成し実施しています。個別機能訓練計画は施設で完結するものではなく、自宅での生活に役立つように作られ「いつ、どこで、誰と、何を、どの位、何のために」を写真入りで説明してあります。個別機能訓練計画は定期的に評価し、現状確認すると共に能力の維持や改善に繋がるように見直しています。

<工夫点>

建物は安全で快適に過ごせる為の様々な配慮がしてあり、利用者に優しい住環境になっています。床材には転倒時にも怪我に繋がりにくいクッション性の高い物を使用し、2階階段手前床には目印に点字ブロック様のマットを貼ってあります。介護度の高い利用者も安全・快適に入浴できるリフト使用の檜浴槽を設置し、トイレは手すりが左右と手前について自立排泄しやすくなっています。

【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 ～ 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	リフシア善行
ユニット名	リフシア善行 小規模多機能型居宅介護

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つなげている。	法人理念が地域密着型サービスの意義を包括しており、事業所の共通理念となっております。施設入口に掲示することで共有し実践につなげております。	法人理念「心を添えて共に生きる」を事業所理念として玄関に掲示し、職員は名札と共にカードにして常時、確認できるようにしています。受容と共感を大切にし、利用者が住み慣れた地域で暮らし続けられるように機能訓練に力を入れた支援に取り組んでいます。	
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。	イベントや行事には近隣住民の方を呼び、また、町内会での行事や消防訓練等には参加させて頂くようにしております。	町内会に加入し、認知症サポーター養成講座の開催や「子ども110番の家」の役割を受け、民生委員の会議で事業所の紹介をしています。公園での行事や消防訓練に参加し、ギターや二胡・マジックなどの地域のボランティアが訪れ利用者を楽しませています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議にて町内会長を含め周知に努めています。 また、認知症サポーター養成講座を開催しております。		
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。	概ね2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。	運営推進会議は概ね2ヶ月ごと、年間5回ほど併設のグループホームと合同で開催しています。防災訓練や認知症サポーター養成講座と同時開催し、家族や地域住民、居宅介護支援のケアマネジャー、行政関係者に事業所の存在や状況を知らせる機会になっています。	
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。	地域交流や事業所の運営状況についても、日頃より連絡を取っております。 2ヵ月に1度の藤沢市小規模多機能連絡会等でも連絡を取っています。	介護保険課と電話やメールで日常的に相談や報告をし、申請代行などで窓口に出向いています。生活援護課には申請の手伝いなどで訪問し、いきいきサポートセンター（包括支援センター）とは困難事例での連絡・相談を行っています。	

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。	認知症状の理解を含め、適切なアセスメントを行い、身体拘束を必要としないケアを行っております。	年2回、施設内で認知症理解の研修を行い、丁寧なアセスメントで利用者の状況を把握し、適切な介護を行うことで身体拘束を必要としない支援を実施しています。言葉かけについても「語尾を下げる」「近づいて話しかける」など細かく注意しています。	
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。	入社時、当社における接遇5原則の周知、認知症実践者研修修了者等が講師となり、施設内勉強会等で虐待の発見・防止に努めております。		
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。	成年後見制度を検討されている方に社会福祉士会と連携した支援実績があります。ご要望に応じ相談支援が可能です。		
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。	契約時には丁寧に説明をするとともに、必要に応じて補足資料等もご用意しております。		
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。	概ね2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。ご要望につきましても随時検討し、可能な限り反映しております。	通所利用時の連絡帳や送迎時の家族との会話、毎月の自宅訪問、受付に設置した意見箱、運営推進会議などが意見を把握する機会になっています。ライフサポートプランを1ヵ月ごとにまとめたものや法人季刊誌を家族に配布して情報を共有しています。	

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	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。	概ね1ヵ月に1回会議にて意見交換の場を設けております。	全体会議、ユニットミーティング、カンファレンスなどで職員と意見交換しながら運営しています。参加できない職員は事前に意見を提出しています。職員の提案で機能訓練室に設置していた平行棒などの訓練用具をリビングの一角に移し訓練しやすくしています。	
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。	管理者は衛生推進者養成講習を修了し職場環境・条件の整備に努めている。また、目標を定め、定期考課を実施する等、やりがいや向上心がもてる仕組みがあります。		
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。	当社専用様式によるOJTテキストや2ヵ月に一度、法人内の運営施設より職員が会して行う研修会により知識や技術を得られる仕組みを作っております。		
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。	管理者または計画作成担当者が藤沢市小規模多機能連絡会に参加する事で同業者と交流し意見交換する等、向上できるように取り組んでおります。		
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。	ご本人様が不安を抱えているということを前提に傾聴姿勢を基本とし、笑顔でわかりやすく丁寧な対応を行い安心していただけるように努めております。		

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
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。	ご家族の心配や要望について相談を受けながら、ご本人に必要なサービスについて共に考えるようにしています。		
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。	サービスの優先順位を可能な限りアセスメントにより抽出し、生活全体において必要なサービスをご利用頂けるように努めています。		
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。	介護職員は自立支援を常に意識し、過介護に成らぬよう努めています。また、共通作業等を通じ関係作りができるよう支援しております。		
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。	送迎時や施設利用時、訪問時に関わらず、ご家族より助言を頂く事もあり、共に支える関係を大切にしております。		
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。	ご自宅近隣の社会資源を活用しご本人が積極的に参加できるよう努めています。	利用者の希望により職員付き添いで自宅付近の買い物に出かけています。泊り利用者に傾聴ボランティアが訪問することもあります。長期の泊り利用者が入所のままにならないように家族や友人の面会を依頼し、時々、自宅に戻るよう支援しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	多人数が苦手なお客様には、少人数にて談話できる環境の提供等に努めています。		
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。	サービス終了後も、必要に応じて他の事業者と連携し情報提供する等のフォローをしております。		
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。	ご利用開始前、開始後においてもご本人と面談し、生活に対する意向や希望を把握できるよう努めております。	法人独自のアセスメントシートを使用して、本人の思いや状況を詳細に把握して支援しています。思いや希望を実現し、自宅での暮らしを継続するための手段の一つとして、事業所では、セラピストの指導による個別機能訓練を全利用者に実施しています。	
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。	ご本人のアセスメントの他、ご家族・関連事業者も含め情報収集をしています。		
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。	個別に1日の生活を把握し、施設利用時も自宅での生活と大きく変わらぬよう努めています。		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	定期カンファレンスにより、ご本人・ご家族・看護職員・介護職員等の意見が反映されるよう作成しております。	利用者の自宅で本人や家族、ケアマネジャー、介護職員などで担当者会議を開催し計画を作成しています。本人や家族の希望をそのまま計画にするのではなく、アセスメントを基に本人の能力を生かし、自宅での生活継続に繋がる自立支援の計画を作成しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	当社オリジナルソフトにより情報共有及び確認に活かしております。		
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。	アセスメント結果よりニーズと必要なサービスを検討し、個々にあった柔軟なサービスが出来るよう努めています。		
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。	自宅周辺・生活範囲における行動を把握し、ご本人の生活範囲が狭まらないようにすることで豊かさを持てるよう支援しています。		
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。	医療機関情報の希望がある場合、関係医療機関の在宅医療担当者等も含め、情報提供しています。	かかりつけ医は、利用者や家族の希望で決めています。利用者の通院は、基本的に家族が行いますが、必要に応じて職員が通院支援も行っています。看護職員やケアマネジャーは、主治医の意見書や家族から医療情報を入手し、個別の介護計画に反映しています。	

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。	介護職員より看護職員へ情報伝達し、必要に応じて看護職員、または、ケアマネジャーに相談・支援致します。		
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。	日頃より地域連携担当者、医療相談員との情報交換を深めるように努めています。		
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、事業所であ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。	主治医、訪問看護師等と施設職員、ご家族にてカンファレンスを行い情報共有に努めています。	終末期に向けた「看取り指針」があります。家族、主治医、看護職員や事業所職員でカンファレンスを行い、事業所の出来る範囲で対応を決めます。事業所として看取りを行えますが、まだ実績は有りません。	
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。	AEDを設置し研修を行っております。また、救急連絡やオンコールが円滑に行われるよう、職員周知と掲示をしております。		
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。	町内会の消防訓練、施設での消防訓練（2回/年）、広域災害時の対応訓練（2回/年）を計4回実施しております。	併設のグループホームと共催で、消防署立ち合いの消防訓練を年2回実施しています。広域災害時の事業継続計画対応の訓練も年2回実施しています。町内会の消防訓練に、事業所職員と利用者の家族が参加しています。	オムツや米、水などは、非常時に備蓄しています。徒歩圏内の系列事業所と非常時の事業継続計画対応備蓄計画を検討していますので、具体化を期待します。

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
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。	当社の接遇原則に基づいた発言や行動を教育しております。また、入浴や排泄等々はドアの他にカーテンを取付け、プライバシーの保護を図っています	管理者は、事業所の接遇 5 原則に基づき、職員の発言や行動を教育しています。人権擁護やプライバシー保護の内部研修を行い、利用者一人ひとりの人格やプライドを尊重しています。トイレのドア内にカーテンを付け、プライバシー保護を図っています。	
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。	声かけにより思いや希望、自己判断の意思確認をした上で必要に応じた支援が出来るよう努めています。		
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。	お客様、個々の生活リズムを優先し、画一的なサービスやプログラムとならぬよう支援しています。		
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。	希望に応じ訪問理美容に依頼しています。また、外出する時は普段着から外出着に着替え気持ちも華やかになるよう努めています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	アセスメントより、身体状況や嗜好の把握に努めています。お茶入れや配膳下膳など可能な限り、自立支援となるよう努めています。	グループ会社で献立や副食の下料理を行っています。事業所のオープンキッチンで専門の職員が調理しています。昼食やおやつのイベントが毎月あり、利用者が参加してケーキや恵方巻を作って楽しんでいます。利用者で、弁当持参の人、昼食を食べない人もいます。	

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
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。	個別に食事・水分の摂取量を記録し、状態確認をしながら必要量が確保できるよう支援しています。		
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、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、ご自身で出来る方は口腔ケアを促し、介護を要する方は口腔ケアを実施し記録しております。		
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。	排泄の記録を個別にとり、排泄パターンの把握に努めております。また、横型手すりを設置し腹圧による自力排泄を促せるよう支援しています。	職員は、利用者ごとの排泄状況を○や▲などの記号で、プライバシーに配慮して記録しています。職員は、利用者の様子や排泄パターンに基づく声掛け誘導で、自力排泄を支援しています。便座前の横型手すりを利用して腹圧による自力排泄を促しています。	
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。	日中活動量を増やし、水分も必要量とり、良く噛んで食べることを推奨しております。		
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。	原則、一人のお客様の入浴介助は担当職員1名が一連の支援をする事でプライバシーを守り、安心して入浴を楽しんで頂けるよう支援しています。	着替え場所や浴室は。床暖房があり温度差無く入浴出来ます。檜の浴槽の普通浴とリフト浴が有り、利用者の状態に合わせて入浴が楽しめます。入浴は、1日に6～8名利用できます。一名での入浴介助ですが、利用者の状況に応じて複数介助の場面もあります。	

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
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。	日中の活動量を増やし、生活のリズムを付け、自然な状態で夜間入眠し易いように支援しています。		
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。	看護職員が医療機関と連携し、主に情報収集に努めます。 当該看護職員は介護職員に研修等を通して、薬の内容や支援、症状の確認が出来るよう努めています。		
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。	アセスメントにより生活歴や嗜好等は可能な限り把握し、喜びや気分転換を図って頂けるよう努めています。		
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。	ご本人の希望による外出支援はご家族や関係者と連携し、可能な限り支援しています。	初詣、バラ園見学、紅葉狩りなどを毎月計画的に行っています。初詣など多くの利用者が楽しめるよう、複数日で行っています。利用者と江ノ島に行き、おやつ用にタコ煎餅を買って帰り他の利用者と味わっています。家族からは、事業所の外出支援が好評です。	
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。	社会生活において、お金の利用は大変重要な行動と理解しております。所持・使用の支援も致します。		

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。	携帯電話や施設の電話、また、お手紙等の郵便物を出す支援もしております。		
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。	自然光がトップライトから入り、室内灯を点けた状態で机上照度600ルクスに設定しております。室内は木目を基調とした落ち着いた雰囲気となっております。	居間は、大きな窓から差し込む陽光、読書などを考慮した机上照度と温湿度管理や木目調の家具が、落ち着いた雰囲気醸し出しています。テーブル配置を変えて少人数でくつろげる工夫や、椅子の座面の高さも3段階あり、利用者の身体に合わせています。	
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。	S字リビングを採用し、個人や少人数での空間が作れる工夫がされております。		
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。	使い慣れたもの、思い出の品やアルバムをお持ち頂き、環境が変わっても落ち着けるよう支援しています。	居室には、ベット、寝具、クローゼット、エアコン、循環式換気扇があり、着替えのみで利用できます。利用日ごとに、寝具及び居室の清掃を行っています。居室は、壁紙やカーテンの色を変えた3種類があり、利用者の好みで選べます。	
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。	お客様の身体にあったテーブルや椅子の高さが選択でき、また、各所につかまり易い家具類を配置することで自立支援をしています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 リフシア善行（小規模多機能型居宅介護）
作成日： 平成 2 7 年 5 月 1 5 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	35	非常時、事業継続に必要な備蓄品項目の再検討、系列事業所との共有について検討。	現状、最低限にて準備しているが、美味しく食べられる副食の準備もする。	備蓄用食材（美味しい副食）購入。	6 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月