

平成27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	1492200306	事業の開始年月日	平成20年4月1日
		指定年月日	平成20年4月1日
法人名	株式会社リフシア		
事業所名	リフシア神明		
所在地	( 251-0021 ) 神奈川県藤沢市鶴沼神明 2-12-17		
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	平成28年2月	評価結果 市町村受理日	平成28年6月1日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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、ご本人、ご家族の思いを汲み取り、住み慣れた自宅で生活をしているのとできるだけ変わらない、安心した暮らしができるよう、ひとりひとりの日常生活ペースに併せて、ゆとりある落ち着いた環境づくりに努めています。

その人らしさを引き出すために、個々の能力を把握し、洗濯・掃除・調理・食事の準備や片付けなどを一緒に行っています。

また、日々の暮らしを楽しめるよう、外出支援やボランティア来訪、レクリエーションなど積極的に取り入れています。併設の小規模多機能型居宅介護サービスとも合同行事を開催し、お客様同士の交流にも努めています。

### 【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年3月7日	評価機関 評価決定日	平成28年5月11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、JRおよび小田急線藤沢駅よりバスで10分程の「上村」バス停前にあります。建物は木造2階建て、1、2階を使用した2ユニット型です。1階には中庭のテラスを挟んで、小規模多機能型居宅介護事業所を併設しています。運営法人は、藤沢市や茅ヶ崎市で介護サービス事業を展開しています。

<優れている点>

利用者が安心して過ごせる支援のため、長期的かつ多角的な視点に基づいた接遇研修を始めています。また、毎月勉強会を実施し、テーマ毎に職員が担当することになっています。事業所の看護師が町内会の防災副部長担当、神社例大祭の役当番、中学生の職場体験受入れ、保育園からの夏祭り招待、ボランティアの協力など、地域と良好な関係を築いています。毎年開催している「東日本大震災復興支援バザー」にも地域住民から多数の協力があがり、売上金にプラスした寄付金を被災地支援団体へ送っています。その他、多目的ルームを地域の人にも役立ててもらおうと、「自由に使ってください」と看板を出したり、AEDの貸し出しを申し出るなど、地域社会のために役立っていこうという事業所理念を実践しています。

<工夫点>

可動式やストレッチャー型の浴槽、車いすからの移動に合わせた便器の位置や向きを配慮したトイレ、プライバシーに配慮した二重カーテン、リビングでは組み合わせ自在の台形型テーブルを使用するなど、利用者が安全・安心・気持ち良く過ごせるような工夫を随所にしています。

### 【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	リフシア神明
ユニット名	GH1

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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がっている。	「心を添えて共に生きる」という法人理念の下、より現場レベルに即した理念（とことん五箇条）をスタッフが作り、日々実践をしています。	法人理念および事業所職員で考えた「とことん5ヶ条」を事業所内に掲示し周知を図っています。また、ミーティング時や折に触れて話題にし、理念に沿ったケアをしているか確認しています。新人にはオリエンテーションで説明し理解を得ています。	
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。	町内会（宮之前町内会）への加入、防災訓練等町内会行事への参加、ボランティアの受け入れ、近隣への買い物等、日常的に地域との接点を持ち、交流を図っています。	町内会行事への参加をはじめ、地域との交流の機会を多く持っています。町内会役員、神社例大祭の役当番、中学生の職場体験受け入れ、保育園からの夏祭り招待、ボランティアによる事業所イベント、楽器演奏、環境整備への協力など、良好な関係を築いています。	
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。	運営推進会議において、日々の実践を報告するとともに、地域で認知症や介護において困っている方がいれば、何らかのサポートが出来る旨を伝えています。	/	/
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。	隔月（奇数月）で開催をしております。現状の課題についてもオープンに報告をし、参加者からの多様な意見を頂戴しています。 ご家族様の参加が少ないことが課題であります。	運営推進会議は年6回定期的に開催しています。事業所からは、取組み、運営状況、活動内容、事故などについて報告しています。参加者からの疑問や要望についても活発に話し合っており、有意義な会議となっています。	会議は有意義な場となっていますが、参加者が少ない状況です。開催曜日を変えるなどしていますが、今後も多くの人が参加できるような工夫の継続が期待されます。
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取り組んでいる。	藤沢市内のグループホーム事業所連絡会への参加し、意見交換、日常的な相談をすることで、良好な協力関係が築かれています。	運営推進会議、事業所への来訪、必要に応じての対応などで、市、地域包括支援センター、介護相談員などと情報交換や意見交換を行っています。また、市グループホーム事業所連絡会でも市職員と連携を取り、協力関係を築いています。	

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
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。	「身体拘束禁止に関する指針」を法人で作成し、事業所内で勉強会を開催しております。	採用時オリエンテーション、事業所内勉強会、会議や毎朝のミーティングなどで、身体拘束や虐待など人権に関する職員の共通認識を図っています。チェックシートで自己の仕事の振り返りを行ったり、不適切な場面があった場合は管理者が個別面談をするなど、周知徹底に努めています。	
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。	「高齢者虐待防止に関する指針」を法人で作成し、事業所内で勉強会を開催しております。		
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。	成年後見制度を利用されている方もおり、連携を密にとっています。		
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。	必ずサービス利用開始前に契約を行うとともに、契約書、重要事項説明書ともにわかりやすく説明をしています。		
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。	運営推進会議において、ご家族様にも参加をしていただく事で、意見を言い易い場の設定をしています。	利用者とは日々の生活で、家族とは来訪時や運営推進会議などで意見や要望を聞き、運営に反映するよう努めています。新年会、バザー、敬老会への参加を声掛けしています。毎月の便りで翌月の行事を載せ、家族が事業所に来訪するにもよい機会を知らせています。	

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。	毎年1～2回を定期とし、それ以外は随時に個々に面談をしています。また、毎月1回は社員を対象にミーティングを開催しています。	社員ミーティングやユニットミーティング、個別面談、全職員への毎年度目標設定および振り返りの場など、職員が意見や要望を伝える機会を多数設けています。また、日頃のコミュニケーションにより職場の意見や提案を反映させています。	
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。	毎年、年度始めに全スタッフに対して目標を設定してもらい、目標達成に向けて取り組んでもらっています。また、社員に対しては人事考課制度に基づいて適切に評価ができるようにしています。		
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。	新任スタッフに対してはOJT教育を行うとともに、毎月1回は事業所内で自己学習会をスタッフが持ち回りで講師を務め、開催をしています。		
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。	藤沢市と神奈川県グループホーム連絡会や藤沢市の居宅介護支援事業所連絡会へ加入し、連絡会や連絡会主催の研修会へ参加をしています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	サービス開始直後は誰でも不安であることを認識し、より細かい様子観察と情報共有をするように努めています。		

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	
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。	サービス利用初日の様子を翌日には連絡をすることで、サービス利用に関する不安を軽減していただけるように努めています。			
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。	入居をすることによるメリットとデメリットを丁寧に説明し、ご納得頂けた場合に入居をご案内しています。また、グループホームへの入居に何らかの不都合があった場合には他のサービス（例えば特別養護老人ホーム等）のご案内もしています。			
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。	食器洗い、配膳、掃除等出来ることに目を向け、意欲を引き出すような関わりをしています。			
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。	スタッフの役割は事業所内のケア全般とし、ご家族の役割は定期的に面会に来て頂く、自宅に一時的に戻る等、施設と家族の両輪でご本人様を支えていくようにしています。			
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。	旧知の知人の面会や手紙のやり取り等ができるように特に制限を設けず、必要な援助ができるように努めています。	利用者の人生歴や人間関係などを把握し、利用者の馴染みの場所や希望する場所への外出、知人の訪問などを継続できるよう支援しています。利用者の希望を家族へ伝えたり、知人の訪問を快く迎えたり、年賀状のやりとりなど、要望に沿った支援をしています。		

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
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。	グループホームは一つの「家」として考え、入居者一人ひとりが互いに関心を持ち、尊敬しあえるように、スタッフが間に入り、パイプ役を担っています。		
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。	サービスが終了した方に対して、バザーのご案内やボランティアの依頼等を行うことで、つながりを持ち続けられるように努めています。		
<b>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</b>					
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。	サービス開始時には「アセスメントシート」に基づき、ご本人様やご家族様の思いを知り、また、言語化されないニーズを探し出せるように努めています。また、利用開始後はご家族から情報を頂きながら、「その人らしく」といったことを念頭にスタッフ間でカ	利用者との生活の中での会話や表情、家族の話などから思いや意向を把握し、本人の希望する支援ができるように努めています。介護記録や朝のミーティングなどで情報を共有し、その日にどのような支援が必要か状態に合わせ検討しています。	
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。	サービス開始時に「アセスメントシート」に基づき、ご本人様やご家族様から過去の生活歴やこだわりを聞き出し、可能な限りケアに取り入れていきます。		
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。	「毎日がアセスメント」という視点を持ち、「できないこと」よりも「出来ること」に着眼できるように努めています。		

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。	ケアマネージャーを中心に本人、家族、専門職（CW, NS, Dr, OT, 管理栄養士等）と連携を図っています。	毎月のモニタリング、ユニットミーティング、介護記録、医師、看護師、必要に応じて運営法人の管理栄養士を始めとした専門職と連携し、現状に即した介護計画を作成しています。介護計画は、利用者全員分を必要に応じて随時見直ししています。	
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。	月に1回はユニット別のカンファレンスを開催し、スタッフ間の情報共有を図り、必要に応じて介護計画の見直しをしています。		
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。	原則として定期通院はご家族様付き添いとしていますが、認知症の周辺症状によりご家族様だけの通院付き添いが難しい場合はスタッフも通院付き添いをしています。		
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。	町内会に加入しているので回覧板にて地域の情報を入手しております。その中で、ご希望やお勧めの内容があれば、紹介をしています。また、近隣への買い物同行も積極的に行っております。		
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、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。	原則としてかかりつけ医はご本人様、ご家族様の希望に従っております。ご家族様の付き添いや訪問診療等診察はそれぞれ異なりますが、日々の情報提供等診察がスムーズに行えるように努めております。	本人や家族の意向を大切に、従来のかかりつけ医の受診も支援しています。家族による受診が困難な場合や、家族から依頼があれば職員が支援し、受診後の結果を家族に連絡して共有しています。月2回の提携医の往診では看護師や薬剤師なども同行して来ています。	

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。	日々の健康状態を把握、記録し、訪問看護師に情報提供をしております。また、訪問看護師からの指示等についても介護スタッフで共有できるようにしています。		
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。	入院期間中は最低でも1回は病院へ出向き、ご本人様の状況を直接確認するようにしております。また、退院時には主治医や担当看護師、ソーシャルワーカーへ情報提供を依頼し、退院後の生活援助につなげております。		
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、事業所で行え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。	終末期の過ごし方についてはその時期が近づいた時点でご家族様を含めて、カンファレンスを開き、意向を確認しております。ご家族様の希望を踏まえ、介護計画書を作成し、介護スタッフのケアにつなげています。法人として「見取りの指針」を作成しております。	重度化や終末期については、入居時に「看取りに関する指針」に基づいて説明し、本人や家族の同意を得ています。段階に応じて主治医、看護師、施設長、職員などと医療携体制をとり「看取り計画書」を作成しています。職員はより高い専門性と意識をもって看取りを支援しています。	
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。	定期的な勉強会の年間計画を立て、いざという時に慌てることが無いように努めています。		
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。	事業所としては年に2回、避難訓練を実施しております。法人としてはBCP（事業継続計画）を策定しています。	年2回避難訓練を実施しています。法人による緊急連絡網機能や安否確認などの訓練を行い、職員は避難方法を身につけています。看護師は町内会の防災副部長として応急救護活動に参加しています。水や食料などの備蓄品の他、自家用発電機などを備えています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	法人の行動指針の一つに「人間性尊重」があります。常に個々の人生や暮らし方を尊重し、敬意をもって支援しています。	「人間性の尊重」を行動方針に掲げ、職員は利用者一人ひとりの暮らし方を尊重し、その人らしく生きるための関わり方を大切に取り組んでいます。トイレや脱衣所のドアの内側にカーテンやスクリーンを設け、プライバシーに対し二重の配慮をしています。	
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。	ご本人様の日用品のお買い物時は一緒に買い物に行き、ご本人様に選んで頂く様に支援しています。		
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、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。	スタッフの業務を明確にする為の日課は存在しますが、あくまでも目安としてのものであり、主体はお客様であるということを確認しながら支援をしています。		
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。	お化粧を好む方には化粧品を用意していただき、お化粧ができるようにサポートしています。また、男性のお客様に対しては毎朝電気シェーバーにて髭剃りのサポートをしています。		
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。	お客様の嚥下機能を評価し、食事形態を決めるとともに、盛り付けや食器洗い等を一緒に携わって頂いています。	食事の準備は利用者一人ひとりの能力や役割を發揮する場所となっています。利用者が大きな炊飯器から茶碗によそったり、大皿に盛られたおかずをそれぞれの取り皿に配ったりしています。季節の行事食や誕生日の夕食なども楽しんでいます。	

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。	介護ソフトに入力することで、随時、現時点での水分摂取量が把握できるものになっております。食事量についても毎回記録を残し、データ取りができるようにしています。必要に応じて法人内管理栄養士に評価を依頼しております。		
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。	毎食後の口腔ケアを実施しております。口腔ケア用具はご本人様の状態に合わせて、歯ブラシ以外にもモアブラシやスポンジブラシ等を活用しています。		
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。	可能な限り、トイレでの排泄ができるように小まめなトイレ誘導の声掛け、Pトイレの活用をしています。	排泄記録から排泄リズムを把握し、傾向を確認しています。利用者の身体の特性に対応して手すりや便器の向きを工夫したり、車いすからの移動に合わせた便器の位置などに配慮しています。転倒防止のため、夜間のみポータブルトイレを利用している人もいます。	
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ます。	腸の動きを活発化させることを目的に毎朝ヨーグルトを提供しています。また、水分提供や運動促進等にも取り組んでいます。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	季節の入浴（菖蒲湯やゆず湯）、入浴剤の活用、個別の入浴等、リラックスバスタイムを過ごして頂くように努めています。	入浴は週2～3回が基本ですが、利用者の希望や体調に合わせて対応しています。介助しやすいよう、車がついて左右に動くシャワートロリー型の浴槽や拘縮のため座位が取れない利用者にストレッチャー型の浴槽など、重度化に応じて安全安心の入浴を支援しています。	

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
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。	日中の活動量の確保、居室の適温・適湿等、安眠ができるように援助しています。		
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。	主治医や薬剤師と連携を図る。薬の説明書を入手する。処方薬一覧を作成する。等、薬についての知識を深めるとともに、間違いなく与薬ができるように取り組んでいます。居宅療養管理指導として薬剤師とも協力しております。		
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。	入居時に趣味や特技をお伺いし、日常的に係りが持てるようにしています。具体的には書道や食器洗い等。		
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。	ご本人様の日用品買い物については、可能な限り、ご本人様と一緒に出掛けられるようにしています。また、通院についても全てを訪問診療や往診で賄うのではなく、希望によっては地域のクリニックに行けるように支援をしています。	日々の暮らしを楽しめるよう気候や体調に配慮しながら近くの公園や神社へ散歩しています。利用者が楽しみながら育てている、近くの畑に水やりにも出かけています。日用品の買い物を自分で選んだり、お金を使えるように支援しています。	
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。	ご希望があれば、お小遣い程度をご家族様よりお預かりをしております。買い物を希望された時にはお小遣いから直接払うというサポートをしています。出納管理はスタッフが行っています。		

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
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。	手紙の代筆や投函援助、電話の取り次ぎ等を行っています。		
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。	建物自体が木をベースに暖かい雰囲気があり、自然光が多く入るような設計にもなっています。中庭には季節の花や植物を植え、目でも季節を楽しんでいただけるようにしています。	事業所全体がウッドハウスの感触です。リビングは空気清浄機や加湿・温度管理により適切に確保され、各器具について環境衛生委員会が安全な環境づくりに配慮しています。リビングに面した中庭のウッドデッキにはパラソルやベンチが置いてあり、いつでも外気浴を楽しむことができます。	
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。	リビングにはソファを用意し、ゆったりと過ごせるようにしています。また、テーブル席についてはテーブルの組み合わせにより、様々なレイアウトができるので、定期的にレイアウトを変更し、自由に過ごせるようにしています。		
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。	原則として、持ち込みの制限は行っていません。使い慣れたもの、好みのものを持ってきていただき、「居室」ではなく「自宅」として住めるようにご努めています。	入り口には好みの図柄の暖簾が下がっています。ベッドやエアコン、ナースコールなどが備わっており、利用者は使い慣れた家具や仏壇など持ち込み、壁には家族の写真や自分の作品を飾っています。居室担当者が衣類の入れ替えや洗濯物の整理などを支援しています。	
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。	バリアフリー、手すりやエレベーターの設置等、身体状況に配慮しながら、活動しやすい環境を用意しています。		

事業所名	リフシア神明
ユニット名	GH2

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	「心を添えて共に生きる」という法人理念の下、より現場レベルに即した理念（とことん五箇条）をスタッフが作り、日々実践をしています。		
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。	町内会（宮之前町内会）への加入、防災訓練等町内会行事への参加、ボランティアの受け入れ、近隣への買い物等、日常的に地域との接点を持ち、交流を図っています。		
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。	運営推進会議において、日々の実践を報告するとともに、地域で認知症や介護において困っている方がいれば、何らかのサポートが出来る旨を伝えています。		
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。	隔月（奇数月）で開催をしております。現状の課題についてもオープンに報告をし、参加者からの多様な意見を頂戴しています。ご家族様の参加が少ないことが課題であります。		
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。	藤沢市内のグループホーム事業所連絡会への参加し、意見交換、日常的な相談をすることで、良好な協力関係が築かれています。		

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。	「身体拘束禁止に関する指針」を法人で作成し、事業所内で勉強会を開催しております。		
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逃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。	「高齢者虐待防止に関する指針」を法人で作成し、事業所内で勉強会を開催しております。		
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。	成年後見制度を利用されている方もおり、連携を密にとっています。		
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。	必ずサービス利用開始前に契約を行うとともに、契約書、重要事項説明書ともにわかりやすく説明をしています。		
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。	運営推進会議において、ご家族様にも参加をしていただく事で、意見を言い易い場の設定をしています。		

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	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。	毎年1～2回を定期とし、それ以外は随時に個々に面談をしています。また、毎月1回は社員を対象にミーティングを開催しています。		
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。	毎年、年度始めに全スタッフに対して目標を設定してもらい、目標達成に向けて取り組んでもらっています。また、社員に対しては人事考課制度に基づいて適切に評価ができるようにしています。		
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。	新任スタッフに対してはOJT教育を行うとともに、毎月1回は事業所内で自己学習会をスタッフが持ち回りで講師を務め、開催をしています。		
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。	藤沢市と神奈川県グループホーム連絡会や藤沢市の居宅介護支援事業所連絡会へ加入し、連絡会や連絡会主催の研修会へ参加をしています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	サービス開始直後は誰でも不安であることを認識し、より細かい様子観察と情報共有をするように努めています。		

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
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。	サービス利用初日の様子を翌日には連絡をすることで、サービス利用に関する不安を軽減していただけるように努めています。		
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。	入居をすることによるメリットとデメリットを丁寧に説明し、ご納得頂けた場合に入居をご案内しています。また、グループホームへの入居に何らかの不都合があった場合には他のサービス（例えば特別養護老人ホーム等）のご案内もしています。		
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。	食器洗い、配膳、掃除等出来ることに目を向け、意欲を引き出すような関わりをしています。		
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。	スタッフの役割は事業所内のケア全般とし、ご家族の役割は定期的に面会に来て頂く、自宅に一時的に戻る等、施設と家族の両輪でご本人様を支えていくようにしています。		
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。	旧知の知人の面会や手紙のやり取り等ができるように特に制限を設けず、必要な援助ができるように努めています。		

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
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。	グループホームは一つの「家」として考え、入居者一人ひとりが互いに関心を持ち、尊敬しあえるように、スタッフが間に入り、パイプ役を担っています。		
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。	サービスが終了した方に対して、バザーのご案内やボランティアの依頼等を行うことで、つながりを持ち続けられるように努めています。		
<b>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</b>					
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。	サービス開始時には「アセスメントシート」に基づき、ご本人様やご家族様の思いを知り、また、言語化されないニーズを探し出せるように努めています。また、利用開始後はご家族から情報を頂きながら、「その人らしく」といったことを念頭にスタッフ間でカンファレンスをしております。		
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。	サービス開始時に「アセスメントシート」に基づき、ご本人様やご家族様から過去の生活歴やこだわりを聞き出し、可能な限りケアに取り入れていきます。		
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。	「毎日がアセスメント」という視点を持ち、「できないこと」よりも「出来ること」に着眼できるように努めています。		

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。	ケアマネージャーを中心に本人、家族、専門職（CW, NS, Dr, OT, 管理栄養士等）と連携を図っています。			
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。	月に1回はユニット別のカンファレンスを開催し、スタッフ間の情報共有を図り、必要に応じて介護計画の見直しをしています。			
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。	原則として定期通院はご家族様付き添いとしていますが、認知症の周辺症状によりご家族様だけの通院付き添いが難しい場合はスタッフも通院付き添いをしています。			
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。	町内会に加入しているので回覧板にて地域の情報を入手しております。その中で、ご希望やお勧めの内容があれば、紹介をしています。また、近隣への買い物同行も積極的に行っております。			
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、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。	原則としてかかりつけ医はご本人様、ご家族様の希望に従っております。ご家族様の付き添いや訪問診療等診察はそれぞれ異なりますが、日々の情報提供等診察がスムーズに行え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
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。	日々の健康状態を把握、記録し、訪問看護師に情報提供をしております。また、訪問看護師からの指示等についても介護スタッフで共有できるようにしています。		
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。	入院期間中は最低でも1回は病院へ出向き、ご本人様の状況を直接確認するようにしております。また、退院時には主治医や担当看護師、ソーシャルワーカーへ情報提供を依頼し、退院後の生活援助につなげております。		
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。	終末期の過ごし方についてはその時期が近づいた時点でご家族様を含めて、カンファレンスを開き、意向を確認しております。ご家族様の希望を踏まえ、介護計画書を作成し、介護スタッフのケアにつなげています。法人として「見取りの指針」を作成しております。		
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。	定期的な勉強会の年間計画を立て、いざという時に慌てることが無いように努めています。		
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。	事業所としては年に2回、避難訓練を実施しております。法人としてはBCP（事業継続計画）を策定しています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	法人の行動指針の一つに「人間性尊重」があります。常に個々の人生や暮らし方を尊重し、敬意をもって支援しています。		
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。	ご本人様の日用品のお買い物時は一緒に買い物に行き、ご本人様に選んで頂く様に支援しています。		
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。	スタッフの業務を明確にする為の日課は存在しますが、あくまでも目安としてのものであり、主体はお客様であるということ認識し、ご希望を確認しながら支援をしています。		
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。	お化粧を好む方には化粧品を用意していただき、お化粧ができるようにサポートしています。また、男性のお客様に対しては毎朝電気シェーバーにて髭剃りのサポートをしています。		
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。	お客様の嚥下機能を評価し、食事形態を決めるとともに、盛り付けや食器洗い等を一緒に携わって頂いています。		

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
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。	介護ソフトに入力することで、随時、現時点での水分摂取量が把握できるものになっております。食事量についても毎回記録を残し、データ取りができるようにしています。必要に応じて法人内管理栄養士に評価を依頼しております。		
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。	毎食後の口腔ケアを実施しております。口腔ケア用具はご本人様の状態に合わせ、歯ブラシ以外にもモアブラシやスポンジブラシ等を活用しています。		
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。	可能な限り、トイレでの排泄ができるように小まめなトイレ誘導の声掛け、Pトイレの活用をしています。		
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ます。	腸の動きを活発化させることを目的に毎朝ヨーグルトを提供しています。また、水分提供や運動促進等にも取り組んでいます。		
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。	季節の入浴（菖蒲湯やゆず湯）、入浴剤の活用、個別の入浴等、リラックスバスタイムを過ごして頂くように努めています。		

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
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。	日中の活動量の確保、居室の適温・適湿等、安眠ができるように援助しています。		
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。	主治医や薬剤師と連携を図る。薬の説明書を入手する。処方薬一覧を作成する。等、薬についての知識を深めるとともに、間違いなく与薬ができるように取り組んでいます。居宅療養管理指導として薬剤師とも協力しております。		
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。	入居時に趣味や特技をお伺いし、日常的に係りが持てるようにしています。具体的には書道や食器洗い等。		
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。	ご本人様の日用品買い物については、可能な限り、ご本人様と一緒に出掛けられるようにしています。また、通院についても全てを訪問診療や往診で賄うのではなく、希望によっては地域のクリニックに行けるように支援をしています。		
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。	ご希望があれば、お小遣い程度をご家族様よりお預かりをしております。買い物をご希望された時にはお小遣いから直接払うというサポートをしています。出納管理はスタッフが行っています。		

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
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。	手紙の代筆や投函援助、電話の取り次ぎ等を行っています。		
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。	建物自体が木をベースに暖かい雰囲気があり、自然光が多く入るような設計にもなっています。中庭には季節の花や植物を植え、目でも季節を楽しんでいただけ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 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。	リビングにはソファを用意し、ゆったりと過ごせるようにしています。また、テーブル席についてはテーブルの組み合わせにより、様々なレイアウトができるので、定期的にレイアウトを変更し、自由に過ごせるようにしています。		
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。	原則として、持ち込みの制限は行っていません。使い慣れたもの、好みのものを持ってきていただき、「居室」ではなく「自宅」として住めるようにご努めています。		
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。	バリアフリー、手すりやエレベーターの設置等、身体状況に配慮しながら、活動しやすい環境を用意しています。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 リフシア神明 (GH)

作成日： 平成 28年 6月 1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	6	ADLの低下とともに、その人らしい関わりが十分にはできていない。	その人らしさを再調査し、それぞれの思いを取り入れた関わりができる。	担当職員を中心に、センター方式を使った再アセスメントを、ご家族にも協力を仰ぎ行う。その方の過去の暮らしぶりや疾患、能力を共有し、援助方針を具体化するための、話し合いを定期的に行う。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月