

平成28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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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29年1月27日	評価結果 市町村受理日	平成29年5月24日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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、本人、家族の思いを汲み取り、一人ひとりが安心して暮らせるよう環境作りに努めています。
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、ホームの近くには皇大神宮があり、初詣に始まり夏の例大祭では9体の人形山車が勢ぞろいし圧巻です。毎年、お客様はとてもしらにしています。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。併設の看護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29年2月28日	評価機関 評価決定日	平成29年4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東海道線又は小田急江ノ島線の「藤沢駅」よりバスに乗車、バス停「上村」下車徒歩1分のところにあります。市内でも古い土地柄で、神社の例大祭には市の重要有形民俗文化財に指定されている9基の人形山車が繰り出されます。事業所は同法人の看護小規模多機能型居宅介護事業所を併設しています。

<優れている点>

法人の理念「心に添えて共に生きる」の下に、介護の専門性を高め、チームが一体となって利用者を支え、地域に情報発信し、地域貢献を目指す、など5つの目標を掲げ、理念の実践に努めています。近くの神社の例大祭を見物したり、清掃に係わるなどの他、公園の花壇作りは近隣の保育園児と一緒にしています。さらに正月のどんど焼きや児童会との関わり、子ども達のウォークラリーの立ち寄り場所、「こども110番」の受け入れなど、地域との交流や貢献に積極的に幅広く取り組んでいます。

<工夫点>

法人の資格制度を用いたケアトレーナーが、理学療法士と連携をして、利用者の日常生活の中に「生活リハビリ」を導入し、自立に向けた支援に努めています。

【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	GH 1

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
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。	「心を添えて共に生きる。」の法人理念を毎朝唱和。地域密着型としての事業所目標の基、職員個別の個人目標を設定しています。カンファレンスや勉強会を通じて、具体的なケアにつながる様、折に触れて確認しています。	法人の理念をもとに5つの目標を掲げています。毎朝唱和し、共有を図っています。利用者の一人ひとりの役割を引き出し、チームで支え、自立に向けた理念の実践に努めています。	
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（宮ノ前町内会）への加入、町内会の行事に参加、花壇作り防災訓練に参加し交流を図っています。	町内会に加入し、回覧版で地域の情報を得ています。地元の神社の清掃やどんど焼き、近隣の保育園児と公園の花壇作りなどに参加し、交流を図っています。市の有形文化財となっている9基の人形山車の例大祭に参加しています。	
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。	運営推進委員会での状況報告や、行事等で認知症の方との交流を図っています。地域で困っている方がいれば、サポートが出来る事も伝えるようにしています。		
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。	隔月ごとに開催してしています。現状をオープンに報告を行なっています。お客様、家族、地域方も参加し意見を言えるような取り組みをしています。	運営推進会議は、2ヶ月に1回、年6回開催しています。メンバーは町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、行政担当職員、家族、利用者です。地域の情報や活動報告の他、祭りの参加や協賛などの意見交換をし、運営に活かしています。	
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取り組んでいる。	藤沢市グループホーム事業連絡会にへ参加し、意見交換を行っています。	運営推進会議の報告や介護認定更新、困難事例の相談など行政と連携をしています。市のグループホーム連絡会は2ヶ月ごとにあり、他事業所と情報交換をしています。同連絡会主催で認知症サポーター養成講座を開催しています。市の相談員が毎月来ています。	

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
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。	内部、外部研修会で勉強しています。施設内の施錠はしておらず本人の気持ちを尊重し自由に生活が出来るようにしています。	法人の年間研修計画や「身体拘束ゼロの手引」などを使用し、周知しています。不適切な言葉はその場で注意しています。玄関やフロア入りロドアは施錠していません。利用者が外出の際は見守り同行をしています。やむを得ずセンサーなどを使用する時は家族に相談しています。	
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。	内部研修で定期的に学ぶ機会を設けています。日常で疑問に思った事はその都度話し合いをし虐待防止に繋げています。		
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。	内部研修で学んでいます。お客様の中に成年後見人制度を利用している方がおり、直接かかわることにより制度の理解を深めています。		
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。	サービス利用開始前に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。	運営推進委員会や担当者会議の時に意見をもらっています。家族の面会の際に日ごろの様子を伝え、又家族からの要望についても何うようにしています。	「ご意見箱」を備えています。運営推進会議や面会時に家族の意見や要望を聞いています。その他年2回アンケートを実施し、集計後報告をしています。その中から、意見箱の場所が分かりにくいとの意見があり、改善しています。	

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。	運営推進委員会や部署会議で意見要望を聞いています。個人面談を定期的に行っています。	月1回の部署（グループホーム）会議、併設事業所との合同会議で職員の意見や要望、提案を聞いています。職員の契約更新の際も要望、意見があれば聞いています。行事やイベントの企画提案やシフトの変更、業務の改善など運営に反映しています。	
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。	法人が定める、キャリアパスに基づき、目標管理シートや人事考課自己評価を前期後期と行い目標達成に向けた取り組みをしています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	新人スタッフに対してはOJT育成教育を行っています。法人内、外部の研修に積極的に参加する機会を作り、技術や知識の向上に取り組んでいます。		
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り組みをしている。	市内のグループホーム連絡会や研修に参加し交流を図っています。		
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	過去の生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、本人の思いに向き合い寄り添うことで信頼関係を作っています。		

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
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ます。	ご家族が不安に思っている事困っていること、要望を伺うようにしています。職員も一緒に支援させてもらうことを伝え関係作りに努めています。		
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。	事前情報の収集から、受け入れ前のカンファレンス等を行い、支援開始後も、適宜話し合いを行い、見直しと協力体制構築につとめています。		
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。	人生の先輩として教えられる事が多くあります。誕生会の料理を作ったり編物等お客様の活躍の場を作っています。		
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。	来所の時や電話で日常の様子を伝え情報共有に努めています。家族の訪問を心待ちにしている事を伝えています。		
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。	馴染みのある場所にドライブに行ったり、会話の中で思い出していただけのような、支援をしています。	利用者の知人、友人が来訪し、居室やリビングで歓談の時に、湯茶の接待をしています。墓参りや一時帰宅、観劇など家族の協力で継続の支援をしています。併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所から入居する場合は、環境の変化が最小限に留まっています。	

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。	お客様同士の関係をスタッフ間で情報共有し、席を考えたりスタッフが寄り添い関係性を高めるようにしています。		
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。	利用が終了したお客様にも行事に招待したり、ボランティアの依頼を行う等つながりを持ち続けるようにしています。		
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。	アセスメントシートに基づき本人やご家族の思いを伺っています。趣味ややりたい事に取り組む時間を設けたり、興味を持てるような取り組みをしています。言葉表情言動からその人の思いを推測しています。	アセスメント（センター方式）を通して把握しています。日頃の会話や入浴時、夜間帯の1対1でリラックスしている時などに聞いています。意思表示の困難な利用者は表情や態度、目線などのサインを見逃さないようにしています。家族の協力で得ることもあります。	
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。	センター方式に取り組んでいます。本人からの昔話やご家族からの生活歴を伺い情報を得ています。		
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。	本人の生活リズムを作り記録に残しています。自分で出来る事は進んで行って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
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。	毎月のモニタリングを行い、日々の状態を他職者と連携を取り介護計画に繋げています。	モニタリングは毎月実施し、通常は半年ごとに見直しています。計画書は、職員や計画担当者、管理者、家族、本人の参加と医療情報を反映し、担当者会議を経て、作成しています。家族の同意を得て実施しています。	
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。	介護計画支援に基に実践した内容を記録に残しています。		
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。	本人、ご家族の要望に応じた外泊、外出に対して臨機応変に対応しています。		
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。	定期的な訪問理美容や訪問医療、相談員訪問や保育園の行事に参加して子供達との交流を図っています。		
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、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。	月2回の訪問医療と外部の看護師による医療連携を受けています。異常のある時はご家族の了解のもと往診を受けています。	事業所の協力医のほか、馴染みのかかりつけ医の往診も自由としています。通院は基本的に家族対応ですが、送迎に職員が付き添うなど柔軟に対応しています。通院時の家族からの情報は、支援経過記録で共有しています。	

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
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。	隔週の医療連携の看護師に日常の記録と様子を伝え医療に繋げています。急変の時にはオンコールで支持を仰いでいます。		
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。	入院した際は、支援方法に関する情報を提供し、早目に職員が見舞うようにしています。家族とも情報共有し退院支援につなげている。		
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。	意思確認書を作成し本人や家族の意向を踏まえ医師職員が連携を取りお客様が安心した最期を迎えられるよう取り組んでいます。	入居時に「緊急時対応についての同意書」に基づいて説明しています。終末期、と主治医の判断があった場合は、再度話し合い、方針を共有していますが、職員は市主催の看取り講座に出席し、学んでいます。	
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。	セコム職員によるAEDの使い方についての講習を行いました。（1年以内）		
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。	事業所のマニュアルを作成し年2回の避難訓練を行っています。法人としてBCP（事業継続計画）を策定しています。自治会の防災訓練に参加しています。	夜間想定を含む、併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所との合同訓練を年2回以上行っています。地域との協力関係構築のため自治会の防災訓練に利用者と参加しています。備蓄に関しては「防災用備蓄一覧表」により、保管管理をしています。	災害時は地域の協力が必須です。地域との協力関係構築のため、これまでの取り組みを継続するとともに、訓練への協力依頼に関しての検討が期待されます。

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。	本人の気持ちを大切に羞恥心やプライバシーに配慮し尊厳を持てる様対応をしています。	利用者を「お客様」として支援をしているため、家族には（職員の）「接遇に向けた利用者アンケートのお願い」を、職員対象には「5 S・挨拶・笑顔」のアンケート実施など、法人としての考え方の下、不適切な対応のないよう取り組んでいます。	
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。	お客様一人ひとりの状況に応じた声かけをし本人が決められるような場面を作るようにしています。おやつ時には自分で選べるような工夫を行っています。		
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。	基本的な1日の流れは出来るが、お客様の状況に合わせ支援しています。必要に応じた買い物や散歩、外出と希望を伺っています。		
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。	2ヵ月に1回の訪問理美容を行っています。入浴の時には、自分で洋服を選び着用できるような支援をしています。		
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。	食事の盛り付けを行っています。誕生日会や季節の行事の時には好みの物を聞いて皆さんで作っています。	盛り付け、テーブル拭き、下膳などその人の力に合わせて行っています。誕生会、季節の行事には、利用者のリクエストを聞き、鮭、ナポリタン、鍋料理などを楽しんでいます。時には露味噌など利用者と手作りを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
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。	一人ひとりの体調を把握しその人に合った食事形態で提供してまいります。嗜好を考え一日の摂取量が維持出来る様支援しています。		
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。本人が出来る所はおこなってもらい、必要に応じてはブラシモアブラシを使用し清潔を保っています。		
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排泄記録を確認しながら、トイレでの排泄が出来る様支援しています。また行動で示す方もいるのでサインを見逃さないように注意をしています。	日中は、定時の声かけと排泄記録を確認しながらトイレ誘導をしています。夜間はトイレ誘導やポータブルトイレ、パットを調整するなど、一人ひとりの状態に合わせています。職員の的確な支援で、改善に向かいつつある利用者がいます。	
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。	便秘の原因を模索し腸の動きを良くするために毎日ヨーグルトを提供しています。多目の水分補給や腸の動きを良くする運動を取り入れています。		
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。	一人ひとりの時間に合わせた入浴は困難な為、入浴剤を使用し温泉気分を味わっていただくなどの工夫をしています。	入浴は週2回を基本とし、介護度が高い利用者も浴槽で温まってもらうよう支援をしています。湯はかけ流し、湯加減はその人の好みに調整しています。拒否がある場合も根気強く対応し、入浴後には「さっぱりした」との感想を毎回もらっています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	状況に合わせてソファで横になったり昼食後は、臥床のの時間をつくり1時間ほど休まれています。		
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。	往診の際に主治医や薬剤師と連携を図る。個人ファイルに処方せんを挟み薬の内容確認が出来るようにしています。与薬の時は2者確認とサインダブルチェックを行い間違いが起きないよう心がけています。		
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。	食事の盛り付け、洗濯畳み等を行っています。洗濯カゴを片付けたり自主的に行える様かかっています。		
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。	外出レクを企画し家族と一緒に食事を楽しみました。近所に散歩に行き近所の方と会話をしたりしています。	利用者のADL（日常生活動作）の低下に伴い、日常的な外出の頻度が減る傾向にあります。その中でも初詣、花見、ドライブなど外出の機会を作っています。その他、家族の協力を得て、周辺散歩や外食に出かけています。	介護度の進行により遠方への外出の機会の減少傾向は止むを得ないところです。気分転換や五感刺激の機会として、散歩や外気浴など、短時間でも戸外に出る機会作りが期待されます。
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。	嗜好品や日常の買い物が出来るように家族からお金を預かっています。外食や買い物ときは、自分で選び支払いを行っています。		

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
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。	知人からの手紙や写真が届くことが有ります。また電話も来ることが有り、内容がつかめない時には、職員が対応し状況を知らせています。		
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。	フロアに季節ごと飾り付けをしています。日頃の様子を写真版に貼り本人はもとより、家族が来所した時には好評を得ています。	1階、2階のフロアは違う造りで、印象が異なるものの、窓からの陽光、リビングの床暖房、空気清浄機の設置など、どちらも穏やかに過ごすことができる環境を作っています。利用者の状況や気分を変えたい時など、テーブルの形や配置を適宜変えています。	
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。	フロアに面してカウンターがあり自由にお茶を淹れて飲んだり、お客様同士ソファーに座りくつろいだりしています。		
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。	今まで使っていた慣れ親しみのある物を持ってきてもらい、その人らしい居室空間になっている。居室担当者が定期的に整理整頓、飾り付けを行い工夫しています。	仏壇、大切な写真、長年趣味にしていた刺繍の作品、化粧品など、その人らしさが表れた居室作りに配慮しています。冷蔵庫も家族管理で持ち込み自由としています。居室担当職員が衣類や居室内の整理整頓など定期的に行っています。	
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。	バリアフリー、手摺り、クッション床エレベーターの設置、居室入り口には、飾り物を置く小窓を設置しており、自分の居室が分かるような工夫がして有ります。		

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	事業所の理念に地域との関わりをかがげており、朝礼や接遇委員会を通して周知し、実践に繋がられるようにしています。		
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。	日常的な買い物に出掛けたり、地域の行事や花壇作りに参加しています。		
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。	人材育成の貢献として、実習生の受け入れを行っています。また、地域でお困りの方がいれば、サポートが出来る事も伝えるようにしています。		
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。	事業所からの報告や参加メンバーのそれぞれの立場で意見交換をしています。家族の参加者数が少ないです。		
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。	事故が起こった場合、早目に連絡し改善点やカンファレンス内容含めて、報告しています。		

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「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。	身体拘束に関する勉強会を事業所の中で実施し、職員間での意見交換、共通認識を図っています。		
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。	虐待の勉強会を実施し、不適切ケアについて意見や疑問などを話し合い、共通認識を図っています。		
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。	勉強会を実施し、職員の理解度を深めるようにしています。実際の活用には、包括支援センターに相談しています。		
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。	丁寧に説明し、不明点は聞いてもらえるような雰囲気作りをしている。		
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。	家族の訪問時に気軽に話せるよう、日頃から声かけして要望を伺っています。意見や苦情については検討し結果を伝えています。		

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
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。	管理者は日頃から巡回や個別面談等を通してコミュニケーションを図る様に心掛け、聞きだしたりするようにしています。		
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。	年2回の人事考課を行い、職員の悩みや環境状況などを聞きとり、向上心を持てるよう働きかけています。また、日頃からも心身の状況に気を配っています。		
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。	職員の段階に応じて、なるべく外部研修への参加の機会を設け、研修報告は毎月の会議で発表してもらっています。		
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。	市内のグループホーム連絡会に参加し、意見交換などを行っています。		
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。	事前に過去の生活歴などを把握し、本人の不安や思いに寄り添い、受け止め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
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。	家族の相談に対して受け止め、一緒に考えて行くよう、話しをすすめています。		
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。	サービス利用開始時は本人や家族と面談し、情報を共有している。また、他サービス利用の場合は意見をもらい、支援の方向性を決めている。		
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。	本人の不安や喜びを知り、一緒に分かち合える関係作りを心がけています。		
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。	来訪時には、本人の日頃の状態を報告し、疎遠がちな家族に対しては、電話で報告しています。		
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う、支援に努めている。	気軽に立ち寄れる場所として来訪された方に対して、話し易い場を提供する様に心がけています。また、自宅にいた時からの馴染みのある医師に訪問診療している方もいます。		

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。	利用者同士の会話が上手くいくよう、職員が調整役をしています。また、利用者同士の関係性や心身状況・感情について職員同士で情報共有しています。		
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。	退去した本人や家族も遊びに来られる様対応しています。また、看取り後は家族との話し合いも設けてます。		
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。	日々の関わりの中で希望や意向の把握に努めています。自分の気持ちを伝えられない利用者は家族を通して理解するようにしています。		
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。	家族にセンター方式の記入を依頼したり、その都度聞いたりし、情報を把握するようにしています。		
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。	本人の生活リズムを把握し、日々に対しては利用者の行動や心情の変化に合わせて支援しています。		

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
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。	アセスメントを始め職員で意見交換やモニタリング、カンファレンスをしています。また、心身の状況に合わせて変更しています。		
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。	日々の様子は介護記録に残し、職員間で申し送りなどで情報共有しています。また、気づきからはカンファレンスを行い、根拠のあるケアを行うよう心がけています。		
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。	本人や家族の思い・意向を汲み取りながら、他職種の意見も聞き、サービス提供しています。		
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。	お客様が重度化してきて地域と関わる機会が少なくなってきたが、運営推進会議を通して、町内会の催しや訪問理美容等を利用しています。		
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。	事業所の協力医の他、今までのかかりつけ医の訪問診療の方もいます。普段の様子や変化の情報を医療へ繋げています。		

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。	訪問診療や医療連携があり、一週間分の健康状態の報告や医療面での相談を行っています。体調の変化があった場合など、必要に応じて電話連絡をして相談しています。		
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。	退院が決まる前などに家族や医師と話しをする機会をもち情報交換し、スムーズに退院が出来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。	段階ごとに家族や医療と話し合う場面を設けて、随時、意向の確認をするように取り組み職員間で情報共有しています。		
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。	勉強会を実施し、初期対応についてはフローチャートで連絡の流れがあるが、職員により実践力の差はある。		
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。	法人としてのBCP訓練や町内会の消防訓練に参加しています。		

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。	利用者の行動を受け止め、否定から入らないようにしています。また、人前であからさまに誘導の声掛けをしないように配慮しています。		
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。	着る服や食べ物、レクリエーションや日常の行動に対して、選択してもらえるような場面と声掛けを作っています。		
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。	職員の都合で決めている事もあるが、その日の体調や希望に沿って入浴やレクリエーションなど行い、利用者のペースに随時添いながら過ごせるように支援しています。		
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。	訪問理美容では、希望に合わせたカットや毛染め・パーマをしてもらえるようにしています。また、口周りや衣類の汚れは随時清潔保持するように心がけています。		
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。	自社の工場から届く為調理をする事は殆どありませんが、食事の盛り付けやおしぼり配り、テーブル拭き、食器拭きなどをそれぞれの利用者の心身の状況に合わせて一緒に行っています。		

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
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。	飲水量は記録するとその日の水分量が一目で分かるようになっており、少ない方には随時、提供したりし意識しています。また、体調等により食の進まない利用者には家族と協力して補助食を持参してもらっています。		
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。	自分で出来る方は声掛けをし、出来ない方は毎食後のケアを本人の力に合わせて歯磨きの手伝いをしています。また、状況に合わせて食前の口腔内の清潔保持を行っています。		
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。	トイレでの排泄を大切にしながら日中と夜間でパット類の種類も本人に合わせて検討しています。介護度の高い方でもトイレでの排泄を心がけています。		
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。	適度な運動や体操と水分補給を心がけています。また、朝食のヨーグルト提供の他にも便秘の方には家族の協力も得てヨーグルトや乳製品を持参してもらっています。		
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。	時間帯は職員が対応可能な時間に、体調や拒む人に合わせて、時間や日にちを変更したりしています。		

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。	なるべく日中の活動を促していますが、本人の生活ペースや気分により臥床時間を設けています。また、夜は室温や掛け物調整などして睡眠出来るような環境作りを心がけています。		
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。	薬の処方や用量が変更した時は、本人の状況を細かく記録して、次回の医療連携時に報告するようにしています。		
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。	センター方式の活用も少しずつ行ったり、日常の生活、レクリエーションや行事を通して得意分野で発揮してもらえよう場面作りを心がけています。		
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。	家族の協力のもと外出したり、介護度が高く外出する機会が無い方でも家族が帰る時に玄関の外まで一緒に見送ったりして短時間でも外気に触れられるように配慮しています。		
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。	家族からお金を預かり事業所が管理しているが、外出など必要に応じて自分で払ってもらえる様にお金を手渡したりするなど工夫しています。		

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
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。	普段は本人が直接家族へ電話する事はないが、状況に合わせて対応しています。		
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。	花や利用者の作品を飾ったり、利用者の動きや状況に合わせてテーブルやソファなどの配置換えをしたりしています。		
53		じ 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。	リビングと居室の往来が自由に出来るようになっていきます。また、リビングで過ごす時間が多い方でもテーブル席の他にソファで休めるようにして、くつろげる場所作りを心がけています。		
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。	使い慣れた家具や持ち物を置いたり、昔の写真などを飾ったりして、利用者が安心して自分の部屋と分かる様な工夫作りに配慮しています。		
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。	普段から使用する物品は極力、配置を変えないようにして、混乱がないようにしています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名

作成日： 平成 年 月 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	IV-18	日常的な散歩（外気浴に触れる機会）が少ない	1日1回、お客様1人でも、外に行く機会を作る。	2ユニット協力し合い、ドライブや散歩に行く。⇒当日の朝、明け者が申し送り時に相談し合い日勤者に繋げる。	8ヶ月
2				ご家族の協力を得る。⇒特に車椅子の使用方法や安心して家族も散歩などに行けるように声掛けや一緒に散歩に行く等をして慣れてもらうような取り組みをする。	6ヶ月
3	III-13	地域を巻き込んだ防災訓練ができていない。	リフシア神明を知ってもらう。	①ホーム周辺では、スタッフが笑顔で挨拶。	12ヶ月
4				②行事の企画のお誘い。ミニバザー開催（9月か10月予定）	4～5ヶ月
5					ヶ月