自己評価及び外部評価結果

令和7年度

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1492400153	事業の開始年月日	平成23年4月1日
		指定年月日	平成23年4月1日
法人名	株式会社　リフシア		
事業所名	リフシア香川		
所在地	（〒253-0082） 神奈川県茅ケ崎市香川3-29-7		
サービス種別 定員等	□　小規模多機能型居宅介護	登録定員　名 通い定員　名 宿泊定員　名	
	■　認知症対応型共同生活介護	定員計　18名 ユニット数　2ユニット	
自己評価作成日	令和8年1月1日	評価結果市町村受理日	令和8年5月25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	

【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」の理念に基づき
①お客様個々に添った支援を心がけています。
②毎日を活き活きと笑顔で過ごして頂けるように、役割のある生活作りをしています。
③住み慣れた地域での暮らしを継続できるように、地域行事への参加や地域のスーパーでの買い物などを行っています。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町２３　日土地山下町ビル９Ｆ		
訪問調査日	令和8年2月25日	評価機関評価決定日	令和8年5月4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）】

【事業所の概要】

事業所は、JR相模線香川駅から徒歩2分ほどの住宅地に位置する木造2階建て2ユニットのグループホームである。運営母体である営利法人は、当事業所を始め、訪問介護や訪問看護、居宅介護支援、通所介護など、多くの介護事業所を展開している。1階には同法人の小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、日常のケアや人的支援においても一体的に運営されている。

【看取りへの取り組み】

長期入所の利用者も年齢を重ね、看取り状態となっている方が複数名いることもあり、看取りに重点を置き取り組んでいる。病院に入院している要介護度の高い方や看取りに近い方の入居希望も多く、小規模多機能型居宅介護事業所を経て入居する方もいる。このような背景もあり、3年ほど前から積極的に看取り介護を行なっている。近年、年間を通して5～6名程度の看取りを実施している。

【介護計画に基づく認知症ケアの実践】

認知症ケアに力を入れて、利用者に見合った機能訓練を心掛けている。家族からの希望でリハビリテーションや散歩を実施している。残存能力を維持するために役割を担ってもらう事が大切だと考え、ケアプランに反映している。日々利用者の笑顔を引き出せるような支援を心掛けている。認知症ケア専門員の職員が在籍しており、勉強会では、他職員からの認知症ケアに関する相談に応じている。

【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	リフシア香川
ユニット名	大地（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る。 （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、活き活きと働けている。 （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「心を添えて共に生きる」に沿った事業所の年間目標と、職員各自が個人目標を策定している。 ・理念や事業所目標は事業所内に掲示している。 ・日頃のケアについて、ユニット会議等の議題に取り上げ、法人理念に沿ったケアを実践しているかを確認している。	理念に沿って、事業所目標を作成し、併せて職員は個別に目標を作成している。事業所目標は、毎月、ユニット会議で進捗状況を検証し、職員に事業所の運営状況を売上や経費を含めて、開示することで、職員各々のやる気に繋げている。ユニット会議は、技能実習生も含め全職員が出席している。理念と事業所目標は、事務所に掲示し周知している。	
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	・町内会に加入し、自治会や公民館の行事に参加している。 ・福祉専門学校生の実習受入れをしている。 ・地域の中学生の職場体験を受け入れている。 ・地域の神社のお神輿が来てくれる。	香川町内会に特別会員として加入し、回覧板から地域の情報を得ている。日常的に地域との交流を行っており、地域の諏訪神社の祭礼や、市の浜降祭の際には、事業所の駐車スペースを開放して、神輿や山車の練り歩きにも積極的に協力している。茅ヶ崎市ならびに平塚市の福祉・介護の専門学校から、実習生を年2回受け入れている。卒業生が複数年度に渡り、法人に入職している。	
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	・事業所の行事時、相談窓口を設けている。 ・日常的に見学や相談に応じている。 ・事業所の駐車場入り口に掲示板を設置し、地域に向けてメッセージを発信している。		

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	・2か月に1回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催し、サービスの実際、日々の取り組みの状況を報告と事例発表を行い、頂いた感想や意見をもとにサービス向上出来る様に各フロア会議で再検討している。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所との合同で、2ヶ月毎（奇数月）に開催されている。家族4～5名、市・介護保険課ならびに地域包括支援センターの職員、民生委員、地域のボランティアの方、両事業所の所長、ケアマネジャー、小規模多機能型居宅介護事業所の看護師、職員がメンバーとなっている。会議では、ケアの実施内容や各委員会の活動、生産性向上に向けたICTの活用等の報告をしている。	
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に取り組んでいる	・事故や問題が発生した際、市役所に報告、相談を行っている。	茅ヶ崎市介護保険課には、運営推進会議の報告書を持参している。事業所の実情や取り組みを伝え、助言や指導を受けている。事故報告の場合は「ｅ神奈川」を使って報告している。茅ケ崎市と災害時の防災協定を結び、福祉避難所として指定を受けている。防災無線（トランシーバー）を預かり、月1回、通信訓練も行なっている。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・玄関は事務所内にあるボタンを押さないと中から開けられない状況となっているが、玄関にセンサーと防犯カメラの設置にてお客様の安全を確認できるようにし今後の玄関の施錠に対する必要性を検討する必要がある。 ・各ユニットの出入り口は開放されており自由に行き来出来る様になっている。	身体拘束等の適正化のための指針を設定している。年4回、法人本部に、各事業所の代表が集まって、身体拘束等適正化委員会を開催している。委員会では、身体拘束廃止に向けた工夫や取り組みについて話し合い、不適切なケアの事例検討を行なっている。事業所では、研修として、年に4回、職員が身体拘束等適正化委員会の動画を視聴し、視聴日と意見や感想などをWebに入力し法人に報告している。海外の技能実習生は、動画研修を母国語で視聴出来る。人感センサーや防犯カメラを設置して離設や防犯に活用している。	
7	6	○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注意を払い、防止に努めている	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・傷やアザを発見した際は速やかに報告するとともに、原因の究明と対策の検討を行っている。 ・スピーチロック等、不適切な言葉がけがおこなわれないように、管理者、社員、が率先し、垂範のケアに努めている。 ・管理者は随時フロアの様子を確認しに行き、職員の言動を確認している。	虐待防止委員会を3ヶ月に1回、身体拘束等適正化委員会と同日に開催している。また、虐待防止のための研修を、身体拘束の研修と同様に年4回開催している。加えて新人研修として、個別に虐待防止の勉強会を行っている。小規模多機能型居宅介護事業所とグループホームの職員は日頃から相互に往来して勤務している。それぞれの利用者の状況を個別に把握しておく必要から、常に勉強し情報交換をしている。管理者は不適切なケアに気付いた時には、個別に注意すると共に全体会議やユニット会議で話し合っている。	
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	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・現在成年後見人を利用しているお客様が入居し、後見人と連携をとりつつ支援を行っている。		

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	・契約の際は契約書の読み合わせを十分に行い、理解・納得頂いたうえで、契約を行っている。 ・解約時、改定時等、必要に応じて随時説明し、疑問に対応している。		
10	7	○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	・玄関に「ご意見箱」を設置している。 ・ご家族の来訪時意見や要望を確認する場を設けている。 ・伺った意見や要望は会議で周知に努めている。また、ケアプランに反映したリ、日々の支援に活かしている。	家族の意見は、面会や運営推進会議等の来所時、ならびに電話連絡・メールのやり取りなどで、把握している。敬老会・お正月・クリスマス会など、家族が事業所行事に参加した際に、日頃のケアについての家族の意向を聞いている。把握した家族意見は、決まり事として手書きメモに記入し、併せて介護記録の「生活特記欄」に入力して職員間で情報共有している。	

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	8	○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、ユニット会議を開催し、職員が意見や提案を言う機会を作っている。 ・管理者は、率先して問いかけを行い、日々の中で話を聞けるように努めている。また、適宜、個人面談を実施している。	職員は、1～2階が合同で行う毎月のユニット会議や、社員会議及び各種委員会・イベント会議の場で意見を発表している。管理者は人事評価を兼ねた個別面談の際に、個人目標作成にあたっての視点や注意点を指導している。職員によっては、複数回、面談を行っている。法人内に昇級試験制度があり、評価によって昇給昇格が行われ、職員のやりがいに繋がっている。	
12	9	○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	・法人独自の人事考課制度を」作成し、公開している。 ・法人役員が各事業所に対し、月１回ヒアリングを実施し運営状況等を把握している。	法人全体として、キャリアパス制度と人事評価制度を採用している。介護福祉士や介護支援専門員の資格取得のため、法人本部に講師を招いて、3～6ヶ月を掛けて資格取得を目指す研修システムを取り入れた。生産性向上への取り組みとして非常勤のケアサポーターを採用している。ケアサポーターは調理（配膳）や清掃・換気・声掛けなど、身体介助以外の補助的な業務を担っている。	
13	10	○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	・職員主体の研修会を開催している。年間の担当をわりふり、全職員が企画・発表する機会に関わるようにしている。 ・管理者は、目標管理シートと行動基準表を活用し、各職員の目標達成に向けて一緒に考察し、助言・指導を行っている。 法人内で、ケアトレーナー研修、ケアマネ研修、接遇研修川原研修等を定期的に開催している。 ・神奈川県ＧＨ連絡会主催の	法人本部で年間研修計画を策定し、内部研修として、17事業所を対象にオンライン配信している。法人が研究所と提携し、講師がICF（国際生活機能分類）について全事業所の計画作成担当職員に教え、各事業所で伝達講習している。外部研修では、ケアマネジャー研修を受講した際に、申請をし、費用を法人が負担し出勤扱いとなったケースもある。行政の研修や資格取得などの受講を奨励するなど、計画的な人材育成を図っている。法人の新入社員には、法人本部で研修（1日間）を行なった後に、事業所で0JT委員会メンバーによる個別の0JTを実施している。	

			研修に参加している。		
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	・管理者は茅ヶ崎市連絡協議会の地域密着型サービス部会と情報交換・相談等を行っている。		

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
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	・入居前に本人と面接を行い、聞き取りを行っている。本人からの聞き取りが難しい場合は、家族から聞き取りを行ってアセスメント記録を作成している。 ・アセスメント記録は、入居前に職員に回覧し、情報の周知を図っている。		
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	・入居前に面談を行い、家族の思いや要望、不安な事柄についての聞き取りを行いアセスメント記録に残している。 ・アセスメント記録は，入居前に職員に回覧し、情報の周知を図っている。		
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	・相談受付時に、ご本人とご家族のお話を伺い、ご本人にとって必要と思われるサービスを見極め、ＧＨに限らず、よりよい生活環境作りの提案をしている。		
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	・掃除や洗濯物畳などの家事をお客様と職員がいっしょにおこなっている。 ・１日の日課は決めずに、お客様の移行やその日の体調にあわせて、日課を行っている。		

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	・ご家族へ様子の変化があった場合・モニタリング毎・サービス担当者会議等で、本人の様子を報告し、意見や要望、提案をうかがっている。 ・毎月、近況報告を郵送・法人ホームページへブログ配信をし、家族が本人の様子を把握できるように努めている。 ・本人の好物や生活必需品等依頼や、家族との外出時の支援を行っている。		

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
20	11	○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	・希望時に、電話の取次ぎ支援を行っている。 ・時折、本人の知人や友人が面会に来所している。 ・入居前の主治医を継続出来る様に、支援を行っている。	友人や知人が来所する際には、事前に家族から連絡がある。訪れた際には、制限なく居室や玄関近くの応接コーナーで面会している。趣味の継続として、ぬり絵を続けている女性や、機能訓練の一環として1日に何度も外に出る男性がいる。家族が差し入れた牛乳や野菜ジュース・レトルトカレーなどを提供している。居室で家族と一緒に食べる方もいる。	
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	・日頃の表情や言動からお客様同士の関係の把握に努め、随時、職員が介入して良好な関係が築けるよう取り組んでいる。 ・家事の際、役割をお客様の能力に応じ協力しながら進めている。		
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	・運営推進会議への出席を依頼して意見を頂く等、相談をうけられるように関係を継続している。 ・契約終了時には、今後もいつでも相談に応じることを伝えている。		

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
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	12	○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、思いや意向を把握するように努めている。 ・ケアプラン作成時に計画作成担当者が本人、家族に希望や意向を伺いプランに反映させている。 ・会話困難な方は、表情や仕草等から読み取り、家族からの情報で検討している。	職員は日頃の交流の中で、利用者の思いや意向を聞き取るようにしている。アセスメントシート形式に沿って把握した情報は、パソコンで介護ソフトの申し送り欄に入力し、職員間で共有している。ケアプランの更新や継続では「課題整理総括表」を活用し、ケアプランに繋げている。認知症が進行し、自己の意志表現が難しい利用者が4名おり、過去の生活歴や家族からの情報ならびに本人の表情や様子から意向を推測して対応している。	
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	・入居前後にヒアリングを実施し、アセスメントシートやフェイスシートに転記している。 ・日頃の関わりの中で情報収集に努め、介護記録や会議の際に職員間の情報共有をはかっている。		
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	・日々の関わりを通して、お客様の現状の把握に努めている。 ・介護記録やユニット会議等で、情報の共有を図っている。		

26	13	○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	・介護計画の更新や見直しの際に、サービス担当者会議を開催している。 ・日常的に家族と話し合う機会を持っている。 ・毎月、担当職員とＣＭが協同でモニタリングを行い、検討が必要な事柄についてユニット会議で所長を含めた職員全員で検討している。	家族には来所時のヒアリングや電話・メール連絡で、意見や要望を聞き取りケアプランに反映している。介護計画は、短期目標は3～6ヶ月ごとに見直し、長期目標は1年で更新している。毎月のユニット会議では、計画作成担当者と居室担当を含めた職員がモニタリングを実施して、介護計画を家族の意向や医師の意見を加味して作成し、更にサービス担当者会議で見直している。介護計画のサービス内容を転記した介護ソフトのケア記録に、実施の有無を入力することで計画とケアの連動を図っている。	
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	・タブレットやパソコンを使い情報共有している。 ・特記事項は紙ベースの記録にも残すことで迅速に共有できるようにしている。 ・毎月、個別にモニタリングを行い、介護計画の見直しに活かしている。		

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
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、家族の状況や希望に応じて取り組めるようにしている。		
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	・レクリエーションの一環として、地域のレストランで外食（テイクアウト）をする機会を設けている。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	・本人、家族の意向を受け、かかりつけ医を継続できる様に支援している。 ・週１回、看護師による健康管理を全員が受けている。 ・歯科医による週１回の訪問診療があり、希望者は受診することが出来る。 ・協力医と２４時間体制で連携している。	利用者や家族の希望を踏まえて、従前からのかかりつけ医を含む4カ所の医療機関を主治医としている。ホリィマームクリニック（内科）の訪問診療を受診する利用者が最も多く、医師は看護師と薬剤師を伴って来所している。歯科医は月2回来所し、14名の利用者の口腔衛生や入れ歯の調整などを行なっている。往診には職員が立ち会い、医師から聞き取った内容を、系列の矢畑訪問看護ステーションにFAXで送信し、情報共有している。	
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	・併設の小規模多機能型居宅介護事業所の看護職員と日常的に連携をとっている。 ・週1回、看護師による健康管理を全員が受け、その結果を、職員間で情報共有している。		

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。	・入院時、介護サマリーを提出し病院関係者と連携をとり、円滑な入院生活が送れるように努めている。 ・医療相談員・担当看護師と話をして情報収集を行い、退院後の対応が円滑に出来る様に努めている。		

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
33	15	○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	・入居時に「重度化対応指針」をお客様、家族に説明し同意をえている。 ・看取りの予測される状態変化の過程で「看取り介護指針」を再度確認し、家族、医療機関、事業所が連携をとり、常に話し合い、確認しながら取り組んでいる。	利用者の重度化も進行しており、入居の時点で家族から「事業所で看取りをして欲しい」と要望されることも増えている。医師が終末期と判断した時点で、「看取りに関する指針」を説明して、同意書の提出と延命治療に関する契約書を交わしている。現在、看取り期となった利用者が10名程度いる。今年度は4名の看取りを行なった。	
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	・救急時のマニュアルを整備している。緊急事態に対応する為のカードを個々に作成している。 ・職員主体で行う研修会を年1回開催している。 ・事故があった場合は原因分析をおこない、対策を検討し再発防止に努めている。		
35	16	○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	・年にＢＣＰ訓練（事業継続計画訓練）、防災訓練を各々2回ずつ、実施している。 ・職員主体で、災害対策に関する研修会を開催している。 ・災害時には茅ヶ崎より防災協定を結び、域の受け入れの為の備品管理を行っている。 ・防災無線が設置され、茅ヶ崎市内の連携をとる為に毎月防災無線の訓練を行っている。	今年度は消防署に連絡した上で、火災や地震を想定した総合避難訓練を小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、2月と7月の年2回実施した。災害用備蓄品はリストを作成し管理している。約5日分の食料とタンクの飲料水を確保しており、併せてセントラルキッチンや厨房に届いている冷凍の食材も、災害時の備蓄食料になっている。BCP（事業継続計画）の委員会を2ヶ月に1回開催し、研修と訓練も年2回行っている。事業所内と法人の事業所間の緊急連絡網も策定している。茅ケ崎市と災害時の防災協定を結び、「福祉避難所」として地域の要援護者3名を受け入れる体制が整っている。	避難訓練が年2回実施され、BCP（事業継続計画）の訓練も実施されていますが、いずれも日中想定の総合訓練になっています。グループホームにおいて夜間の災害対策は必要不可欠なポイントです。現在は夜間想定の訓練が実施されておりませんので、再度訓練計画を見直して頂き、実施に向けて検討されるよう期待します。

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	17	○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	・排泄介助時、声掛けの仕方など、プライバシーや尊厳に配慮し対応している。	利用者の呼称は、名字や名前に「さん」付けとし、個別に使い分けている。本人の希望と家族の了承を得て「おばあちゃん」と呼ぶ方が1名いる。職員同士の会話では氏名ではなく居室番号としている。年間研修計画に基づき、プライバシー保護や個人情報保護に関する研修を実施している。個人情報保護の書面を取り交わしており、SNSなどに写真を掲載する際は注意を払っている。	
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	・日々のかかわりの中で、お客様が選択出来る様な声掛けを意識して行い、お客様からの返事を待つようにしている。 ・お客様の思いやしたいという気持ちを情報としてケアプランに反映し個別ケアを行っている。		
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	・日課は決めず、何をして過ごしたいかをお客様に確認するようにしている。 ・質問形式で声かけを行い、お客様の希望に沿った支援の提供に努めている。		
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	・毎月、訪問理美容がある。カット、カラー、パーマのメニューがあり、希望を確認して支援している。 ・入浴時や外出時等、衣類を選べる方には選んで頂くよう勧めている。		

40	18	○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	・各々のお客様の嚥下機能や、その日の体調に応じた食事形態で提供し、介助の支援をおこなっている。 ・水分摂取が少ないばあいには、好きな飲み物やゼリーなど、工夫して提供している。 ・正月や敬老会、クリスマスなど、季節ごとに工夫したメニューを提供している。 ・本人の好きなおやつ、ジュース等を家族が持参し、それを提供している。 ・本人の出来る範囲で、食事前のテーブル拭き、後片付け（お盆拭き）を依頼している。	主菜と副菜・汁物は、同一法人のセントラルキッチンから1階の厨房に冷凍で届けられる。厨房で調理された食事は、温冷カートに乗せて、各フロアに配食している。1～2階のご飯を炊いて、お茶と併せて配膳している。利用者の状況に合わせてきざみ食やソフト食・嚥下食などに加工している。行事の際には、敬老会のお寿司、お正月の赤飯やおせち料理など特別食を提供している。毎月の誕生会では利用者の希望を聞いて好きなメニューを提供している。夏祭りのそうめんや冷奴をはじめ、トウモロコシを焼いたり、ケーキや牛乳寒天などを作ったりして、食事レクリエーションを楽しむこともある。	

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	・食事摂取量、水分摂取量を記録している。 ・不足している場合は、本人の状態や好みを考慮・工夫して追加提供している。 ・本人の状態に応じた食事形態で提供している。		
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、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、歯ブラシやモアブラシ等を使用し口腔ケアを実施している。 ・希望者は週1回の訪問歯科を受診している。 ・歯科診察時、医師・歯科衛生士から、ブラッシング方法・義歯の着脱方法の指導を受け、実施している。		
43	19	○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	・排泄記録により排泄のパターンを把握できるようにつとめ、トイレで排泄が出来る様に支援している。 ・尿失禁の量を計測し、ご本人に合わせたパット類をご家族へ提案している。	自立してトイレで排泄できる利用者が3名いる。現在、寝たきりの方以外は全員トイレでの排泄を支援している。チェック表の排泄パターンに基づきトイレに定時誘導したり、利用者の様子を見ながら随時誘導したりしている。トイレ誘導の声掛けは、羞恥心に配慮して出来るだけ小さな声で行なっている。夜間は睡眠優先を基本としている。中には自分で起きてトイレに行く方もいる。また定時の声かけなど個人の特性を見ながら対応している。	
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	・散歩や体操を行い、腸の動きを活発にするように努め、自力排便を促している。 ・家族の了解を得て便秘解消の為毎日起床時に牛乳を飲む等、個々に応じた予防に取り組んでいる。 ・自力排便が難しい場合に		

			は、医師と相談し、下剤を使用している。		
45	20	○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	・週2回程度を目安に、本人の希望や外出などの予定を考慮しながら支援している。 ・ＧＨにリフト浴が設置されお客様の負担軽減につながり入浴して頂けている。 ・季節を感じるようにゆず湯、しょうぶ湯等行っている。	浴槽を跨げる利用者が大幅に減ったため、2階の浴室にシャワートロリーやリフト浴を設備し、立位が保てなくなった利用者でも湯に浸ることが出来るように配慮している。入浴の基本は、週2回午前中としているが、当日の体調不良などで入浴出来ない時は清拭で対応している。浴室の暖房と脱衣室のエアコンを用いて、ヒートショック対策をしている。季節の菖蒲湯や柚子湯を楽しんでいる。利用者によっては家族が持参した入浴剤を使用する方もいる。	

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
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	・日中, ご本人の体調や状況に応じてフロアのソファーや居室のベッドで休息をとって頂いている。 ・夜間、居室の室温や照明等を確認し調整を行い、安眠できる環境づくりに努めている ・昼夜問わず居室内の照明の調光が出来ることにより安心して午睡、夜間の睡眠がとれている。		
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	・本人が服用している薬の種類と目的一覧をファイリングし、職員が」直ぐに確認できるようにしている。 ・処方薬に変更があった際は、介護職員間で情報共有、副作用の有無を記録化している。		
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	・本人が出来る範囲で家事などの役割を持っている。 ・毎日のレクリエーションや行事等に参加し、楽しみを持って生活できるように支援している。		

49	21	○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	・散歩や戸外で過ごす機会を作っている。 ・中庭にテーブルとイスを置き、外気浴ができる。 ・コンビニやスーパーに買物に行っている。	雨や寒い日を除いて車いすの利用者も含めて、毎日定期的に事業所周辺の散歩や、近隣のコンビニエンスストアやスーパーマーケットでの買い物に出掛けている。また事業所の広い駐車場や中庭で、外気浴や日光浴を行っている。中庭では、直線通路やスロープを使った歩行訓練や、プランターを利用した足湯、流しそうめんなどのイベントを行うこともある。家族と一緒に外出し、電車に乗って、茅ヶ崎駅まで出掛けて寿司を食べる方や、家族支援で通院をした際に、家族と一緒に鰻やケーキ等の外食をする方も多い。	
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	・本人と家族の希望により、数名のお客様が財布に少額のお金を管理している。 ・本人の希望時、近所のコンビニやスーパーへ買物に行き、自身で購入できるよう支援を行っている。		

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
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	・ユニット内のスタッフコーナーから、電話をかける、かかってきた電話で話したりすることができる。 ・徒歩5分圏内にポストがあり、手紙の投函を支援していたが現在該当者はいない。		
52	22	○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	・随時、職員が温度湿度と換気の調整をしている。 ・お客様が不快に感じる生活音に注意を払っている。 ・季節感を感じられる飾りつけを行っている。	広いリビングには、ベランダに面して大きな窓がある。また2階には天窓があり採光も良く、事業所全体が明るい雰囲気になっている。リビングの温度・湿度管理は、エアコンと加湿器及び換気扇を用いて行っている。また2時間毎に窓を開けて換気をしている。小規模多機能型居宅介護事業所とグループホームの間に広い中庭があり、通路やスロープを利用した歩行訓練や機能訓練、プランターを利用した足湯などを楽しみながら、日光浴・外気浴をすることが出来る。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	・個別用ソファーや数人用ソファーを事業所内に設置している。集団でお茶会が出来るようなテーブルも設置している。		
54	23	○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	・入所時、本人が家庭で使用されていた思い出の家具や丁度品を持ち込んで頂くように勧めている。	居室は1～2階共、畳の和室が3室とフローリングの洋室が6室の構造になっている。2階の居室は天井が高いため、居室空間が広く開放的に感じられる。利用者は、防炎カーテンや寝具、馴染みのタンス、椅子、テレビ、加湿器などを持ち込み、落ち着ける部屋を作っている。全居室のベッドにIOT機器を導入しており、睡眠の状態をタブレット上でリアルタイムに把握できる。	

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	・事業所内はバリアフリー対応となっており、絵を使用した表示物を掲示するなどして生活しやすい環境作りに努めている。		

事業所名	リフシア香川
ユニット名	太陽（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る。 （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、活き活きと働けている。 （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「心を添えて共に生きる」に沿った事業所の年間目標と、職員各自が個人目標を策定している。 ・理念や事業所目標は事業所内に掲示している。 ・日頃のケアについて、ユニット会議等の議題に取り上げ、法人理念に沿ったケアを実践しているかを確認している。		
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	・町内会に加入し、自治会や公民館の行事に参加している。 ・福祉専門学校生の実習受入れをしている。 ・地域の中学生の職場体験を受け入れている。 ・地域の神社のお神輿が来る。		
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	・事業所の行事時、相談窓口を設けている。 ・日常的に見学や相談に応じている。 ・事業所の駐車場入り口に掲示板を設置し、地域に向けてメッセージを発信している。		
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	・2か月に1回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で書面開催し、サービスの実際、日々の取り組みの状況を報告を行い、頂いた感想や意見をもとにサービス向上出来る様に各フロア会議で再検討している。		

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に取り組んでいる	・事故や問題が発生した際、市役所に報告、相談を行っている。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・玄関は事務所内にあるボタンを押さないと中から開けられない状況となっているが、玄関にセンサーと防犯カメラの設置にてお客様の安全を確認できるようにし今後の玄関の施錠に対する必要性を検討する必要がある。 ・各ユニットの出入り口は開放されており自由に行き来出来る様になっている。		
7	6	○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注意を払い、防止に努めている	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・傷やアザを発見した際は速やかに報告するとともに、原因の究明と対策の検討を行っている。 ・スピーチロック等、不適切な言葉がけがおこなわれないように、管理者、社員、が率先し、垂範のケアに努めている。 ・管理者は随時フロアの様子を確認しに行き、職員の言動を確認している。		
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	・職員主体で行う研修会を年に1回開催している。 ・現在成年後見人を利用しているお客様が入居し、後見人と連携をとりつつ支援を行っている。		

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	・契約の際は契約書の読み合わせを十分に行い、理解・納得頂いたうえで、契約を行っている。 ・解約時、改定時等、必要に応じて随時説明し、疑問に対応している。		
10	7	○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	・玄関に「ご意見箱」を設置している。 ・ご家族の来訪時意見や要望を確認する場を設けている。 ・伺った意見や要望は会議で周知に努めている。また、ケアプランに反映したリ、日々の支援に活かしている。		

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	8	○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、ユニット会議を開催し、職員が意見や提案を言う機会を作っている。 ・管理者は、率先して問いかけを行い、日々の中で話を聞けるように努めている。また、適宜、個人面談を実施している。		
12	9	○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	・法人独自の人事考課制度を」作成し、公開している。 ・法人役員が各事業所に対し、月１回ヒアリングを実施し運営状況等を把握している。		
13	10	○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	・職員主体の研修会を開催している。年間の担当をわりふり、全職員が企画・発表する機会に関わるようにしている。 ・管理者は、目標管理シートと行動基準表を活用し、各職員の目標達成に向けて一緒に考察し、助言・指導を行っている。 法人内で、ケアトレーナー研修、ケアマネ研修、接遇研修川原研修等を定期的に開催している。 ・神奈川県ＧＨ連絡会主催の研修に参加している。		

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	・管理者は茅ヶ崎市連絡協議会の地域密着型サービス部会と情報交換・相談等を行っている。		

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
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	・入居前に本人と面接を行い、聞き取りを行っている。本人からの聞き取りが難しい場合は、家族から聞き取りを行ってアセスメント記録を作成している。 ・アセスメント記録は、入居前に職員に回覧し、情報の周知を図っている。		
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	・入居前に面談を行い、家族の思いや要望、不安な事柄についての聞き取りを行いアセスメント記録に残している。 ・アセスメント記録は，入居前に職員に回覧し、情報の周知を図っている。		
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	・相談受付時に、ご本人とご家族のお話を伺い、ご本人にとって必要と思われるサービスを見極め、ＧＨに限らず、よりよい生活環境作りの提案をしている。		
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	・掃除や洗濯物畳などの家事をお客様と職員がいっしょにおこなっている。 ・１日の日課は決めずに、お客様の移行やその日の体調にあわせて、日課を行っている。		

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	・ご家族へ様子の変化があった場合・モニタリング毎・サービス担当者会議等で、本人の様子を報告し、意見や要望、提案をうかがっている。 ・毎月、近況報告を郵送・法人ホームページへブログ配信をし、家族が本人の様子を把握できるように努めている。 ・本人の好物や生活必需品等依頼や、家族との外出時の支援を行っている。		

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
20	11	○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	・希望時に、電話の取次ぎ支援を行っている。 ・時折、本人の知人や友人が面会に来所している。 ・入居前の主治医を継続出来る様に、支援を行っている。		
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	・日頃の表情や言動からお客様同士の関係の把握に努め、随時、職員が介入して良好な関係が築けるよう取り組んでいる。 ・家事の際、役割をお客様の能力に応じ協力しながら進めている。		
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	・運営推進会議への出席を依頼して意見を頂く等、相談をうけられるように関係を継続している。 ・契約終了時には、今後もいつでも相談に応じることを伝えている。		

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
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	12	○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、思いや意向を把握するように努めている。 ・ケアプラン作成時に計画作成担当者が本人、家族に希望や意向を伺いプランに反映させている。 ・会話困難な方は、表情や仕草等から読み取り、家族からの情報で検討している。		
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	・入居前にヒアリングを実施し、アセスメントシートやフェイスシートに転記している。 ・日頃の関わりの中で情報収集に努め、介護記録や会議の際に職員間の情報共有をはかっている。		
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	・日々の関わりを通して、お客様の現状の把握に努めている。 ・介護記録やユニット会議等で、情報の共有を図っている。		
26	13	○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	・介護計画の更新や見直しの際に、サービス担当者会議を開催している。 ・日常的に家族と話し合う機会を持っている。 ・毎月、担当職員とＣＭが協同でモニタリングを行い、検討が必要な事柄についてユニット会議で所長を含めた職員全員で検討している。		

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	・タブレットやパソコンを使い情報共有している。 ・特記事項は紙ベースの記録にも残すことで迅速に共有できるようにしている。 ・毎月、個別にモニタリングを行い、介護計画の見直しに活かしている。		

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
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、家族の状況や希望に応じて取り組めるようにしている。		
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	・レクリエーションの一環として、地域のレストランで外食（テイクアウト）をする機会を設けている。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	・本人、家族の意向を受け、かかりつけ医を継続できる様に支援している。 ・週１回、看護師による健康管理を全員が受けている。 ・歯科医による週１回の訪問診療があり、希望者は受診することが出来る。 ・協力医と２４時間体制で連携している。		
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	・併設の小規模多機能型居宅介護事業所の看護職員と日常的に連携をとっている。 ・週1回、看護師による健康管理を全員が受け、その結果を、職員間で情報共有している。		

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。	・入院時、介護サマリーを提出し病院関係者と連携をとり、円滑な入院生活が送れるように努めている。 ・医療相談員・担当看護師と話をして情報収集を行い、退院後の対応が円滑に出来る様に努めている。		

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
33	15	○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	・入居時に「重度化対応指針」をお客様、家族に説明し同意をえている。 ・看取りの予測される状態変化の過程で「看取り介護指針」を再度確認し、家族、医療機関、事業所が連携をとり、常に話し合い、確認しながら取り組んでいる。		
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	・救急時のマニュアルを整備している。緊急事態に対応する為のカードを個々に作成している。 ・職員主体で行う研修会を年1回開催している。 ・事故があった場合は原因分析をおこない、対策を検討し再発防止に努めている。		
35	16	○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	・年にＢＣＰ訓練（事業継続計画訓練）、防災訓練を各々2回ずつ、実施している。 ・職員主体で、災害対策に関する研修会を開催している。 ・災害時には茅ヶ崎より防災協定を結び、域の受け入れの為の備品管理を行っている。 ・防災無線が設置され、茅ヶ崎市内の連携をとる為に毎月防災無線の訓練を行っている。		

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	17	○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	・排泄介助時、声掛けの仕方など、プライバシーや尊厳に配慮し対応している。		
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	・日々のかかわりの中で、お客様が選択出来る様な声掛けを意識して行い、お客様からの返事を待つようにしている。 ・お客様の思いやしたいという気持ちを情報としてケアプランに反映し個別ケアを行っている。		
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	・日課は決めず、何をして過ごしたいかをお客様に確認するようにしている。 ・質問形式で声かけを行い、お客様の希望に沿った支援の提供に努めている。		
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	・毎月、訪問理美容がある。カット、カラー、パーマのメニューがあり、希望を確認して支援している。 ・入浴時や外出時等、衣類を選べる方には選んで頂くよう勧めている。		

40	18	○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	・各々のお客様の嚥下機能や、その日の体調に応じた食事形態で提供し、介助の支援をおこなっている。 ・水分摂取が少ないばあいには、好きな飲み物やゼリーなど、工夫して提供している。 ・正月や敬老会、クリスマスなど、季節ごとに工夫したメニューを提供している。 ・本人の好きなおかしやジュース等を家族が持参し、それを提供している。 ・本人の出来る範囲で、食事前のテーブル拭き、後片付け（お盆拭き）を依頼している。		

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	・食事摂取量、水分摂取量を記録している。 ・不足している場合は、本人の状態や好みを考慮・工夫して追加提供している。 ・本人の状態に応じた食事形態で提供している。		
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、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、歯ブラシやモアブラシ等を使用し口腔ケアを実施している。 ・希望者は週1回の訪問歯科を受診している。 ・歯科診察時、医師・歯科衛生士から、ブラッシング方法・義歯の着脱方法の指導を受け、実施している。		
43	19	○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	・排泄記録により排泄のパターンを把握できるようにつとめ、トイレで排泄が出来る様に支援している。 ・尿失禁の量を計測し、ご本人に合わせたパット類をご家族へ提案している。		
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	・散歩や体操を行い、腸の動きを活発にするように努め、自力排便を促している。 ・家族の了解を得て便秘解消の為毎日起床時に牛乳を飲む等、個々に応じた予防に取り組んでいる。 ・自力排便が難しい場合には、医師と相談し、下剤を使用している。		

45	20	○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	・週2回程度を目安に、本人の希望や外出などの予定を考慮しながら支援している。 ・ＧＨにリフト浴が設置されお客様の負担軽減につながり入浴して頂けている。 ・季節を感じるようにゆず湯、しょうぶ湯等行っている。		

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
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	・日中, ご本人の体調や状況に応じてフロアのソファーや居室のベッドで休息をとって頂いている。 ・夜間、居室の室温や照明等を確認し調整を行い、安眠できる環境づくりに努めている ・昼夜問わず居室内の照明の調光が出来ることにより安心して午睡、夜間の睡眠がとれている。		
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	・本人が服用している薬の種類と目的一覧をファイリングし、職員が」直ぐに確認できるようにしている。 ・処方薬に変更があった際は、介護職員間で情報共有、副作用の有無を記録化している。		
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	・本人が出来る範囲で家事などの役割を持っている。 ・毎日のレクリエーションや行事等に参加し、楽しみを持って生活できるように支援している。		
49	21	○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	・散歩や戸外で過ごす機会を作っている。 ・中庭にテーブルとイスを置き、外気浴ができる。 ・コンビニやスーパーに買物に行っている。		

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	・本人と家族の希望により、数名のお客様が財布に少額のお金を管理している。 ・本人の希望時、近所のコンビニやスーパーへ買物に行き、自身で購入できるよう支援を行っている。		

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
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	・ユニット内のスタッフコーナーから、電話をかける、かかってきた電話で話したりすることができる。 ・徒歩5分圏内にポストがあり、手紙の投函を支援していたが現在該当者はいない。		
52	22	○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	・随時、職員が温度湿度と換気の調整をしている。 ・お客様が不快に感じる生活音に注意を払っている。 ・季節感を感じられる飾りつけを行っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	・個別用ソファーや数人用ソファーを事業所内に設置している。集団でお茶会が出来るようなテーブルも設置している。		

54	23	○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	・入所時、本人が家庭で使用されていた思い出の家具や丁度品を持ち込んで頂くように勧めている。		
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	・事業所内はバリアフリー対応となっており、絵を使用した表示物を掲示するなどして生活しやすい環境作りに努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名　リフシア香川

作成日　令和8年5月18日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1		夜間想定避難訓練が実施されていない。	夜間想定避難訓練の実施	・お客様の避難優先順位リストの作成 ・避難経路の周知 ・暗闇 停電を訓練に組み込む	6ヶ月
2					
3					
4					
5					

注）項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注）項目数が足りない場合は、行を追加すること。

神奈川県
茅ヶ崎市役所
8.5.25
第　号